

学園の臨床研究

Clinical Study of Campus Life

〈富山大学保健管理センター紀要〉

- ナラティブ・ベイスト・メディスン再論 斎藤清二 1
- 風疹抗体価の動向
高倉一恵、松井祥子、野口寿美、島木貴久子、佐野隆子、酒井 渉、北島 勲 11
- 高齢者における将来の在宅介護サービス利用に対する不安・抵抗感
：世帯構成との関連から 竹澤みどり 17

※※※※ Contents ※※※※

- Seiji Saito : Narrative Based Medicine Reconsidered 1
- Kazue Takakura, Shoko Matsui, Hitomi Noguchi, Kikuko Shimaki, Takako Sano,
Wataru Sakai, Isao Kitajima :
“Recent Trend of Serum Antibody Titers against Rubella in Medical and
Pharmaceutical Students” 11
- Midori Takezawa :
Anxiety and Hesitation about Future Utilization of In-home Care Services under
the Long-term Care Insurance System in Elderly: Relation to their family structure ... 17

学園の臨床研究 Clinical Study of Campus Life

No.13 March 2014

〈富山大学保健管理センター紀要〉

ナラティブ・ベイスト・メディスン再論

斎藤清二 …… 1

風疹抗体価の動向

高倉一恵、松井祥子、野口寿美、島木貴久子、佐野隆子、酒井 渉、北島 勲 …… 11

高齢者における将来の在宅介護サービス利用に対する不安・抵抗感

：世帯構成との関連から

竹澤みどり …… 17

※※※※ Contents ※※※※

Seiji Saito : Narrative Based Medicine Reconsidered …… 1

Kazue Takakura, Shoko Matsui, Hitomi Noguchi, Kikuko Shimaki, Takako Sano,

Wataru Sakai, Isao Kitajima :

“Recent Trend of Serum Antibody Titers against Rubella in Medical and

Pharmaceutical Students” …… 11

Midori Takezawa :

Anxiety and Hesitation about Future Utilization of In-home Care Services under

the Long-term Care Insurance System in Elderly: Relation to their family structure … 17

ナラティブ・ベイスト・メディスン再論

斎藤 清二

富山大学保健管理センター

Narrative Based Medicine Reconsidered

Seiji Saito

Center for Health Care and Human Sciences, Toyama University

索引用語：ナラティブ・アプローチ、NBM、物語能力

Keywords : narrative approach, narrative based medicine, narrative competence

1. はじめに

医療崩壊といったことが頻繁に耳にされる昨今、良質で効果的な医療を実現するためには、「医療者と患者の信頼関係」が最も重要であるということが強調されるようになってきた。医療者と患者の間に信頼関係が存在する時、医療行為は効率的かつ効果的なものとなり、患者と医療者双方の満足度が増加し、医療紛争などのトラブルも減少することが期待できる。

欧米では、医療者－患者の関係を敵対的なものとする生命倫理（Bioethics）が支配的となり、このために相互信頼に基づく医療実践がむしろ阻害されているという反省が強まっている¹⁾。そのような状況を改善するためのアプローチとして、ナラティブ・アプローチと呼ばれる、理論、実践、教育、倫理レベルでのムーブメントが1990年代後半から提唱され、浸透するようになってきた。1998年に英国のGreenhalghとHurwitzによって提唱されたNarrative Based Medicine（NBM）（邦訳：物語りと対話に基づく医療）は、Evidence Based Medicine（EBM）（邦訳：科学的根拠に基づく医療）の過剰な科学性を補完する役割を担いつつ、患者を全人的にケアすることを目指す医療・医学の方法論であり、社会学、人類学、文学、心理学などの人文諸科学と医学を架橋する性質もっている^{2) 3)}。本邦においては、EBMとNBM

は敵対するものではなく、相互に補完し合いつつ、患者中心の医療を担う車の両輪であるという理解が浸透している^{4) 5)}。

米国では2000年代の半ばから、コロンビア大学のCharonを中心とする、Narrative Medicine（邦訳：物語医療学）とよばれるムーブメントが台頭している⁶⁾。Narrative Medicineは、NBMと共通の理論基盤に立脚しつつ、より人文主義的、臨床倫理的な側面が強調されており、Narrative competence（物語能力）という医療者の基本姿勢、能力を強調している。物語能力は、「病いの物語を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動する能力」と定義され、Narrative Medicineは「物語能力を用いて実践される医療」と定義される。Narrative Medicineのプロセスの要諦は、配慮（attention）、表現（representation）参入（affiliation）の三段階として説明されており、これは、医療者－患者間の相互信頼をベースとした治療関係構築と実践のプロセスであり、本邦でも医療プロフェッショナルリズムの教育の観点から、注目を集めている⁷⁾。医療におけるナラティブ・アプローチは、現代の医療が抱えるいくつかの根本的課題の解消に益する有力な観点を提供するものと思われる。

医療におけるナラティブ・アプローチは、一般には非常に広い理論・実践を包含する概念である

が、本章では、主としてNarrative Based Medicine (NBM) とNarrative Medicineを包含する概念として「医療におけるナラティブ・アプローチ」という表現を用いる。

2. NBMはどのように定義されてきたのか？

筆者がすでに論じてきたように⁸⁾、医療におけるナラティブ・アプローチの理論家、実践者達は、自分たちが拠って立つ立場に、明確な一つの定義を与えることにはあまり関心がないように見える。NBMの提唱者であるGreenhalghは、自著において「物語を医療というテーブルに載せるためにNBMという硬貨を鋳造した」と述べているほどである⁹⁾。しかし、このNBMの定義がはっきりしないという問題は、NBMが医療の様々な領域に浸透し、展開していくプロセスにおいて、フラストレーションを生じさせることにもなった。ドイツの人類学者であるKalitzkusとMatthiessenは、その論文¹⁰⁾において以下のような疑問を呈している。

「しかし、NBMとはそもそもなんであるのか？ それは、特殊な治療技法 (specific therapeutic tool) なのか？ 医師－患者間のコミュニケーションの特殊な形式なのか？ 質的研究の道具なのか？ 単に患者に対する医師の、あるいは医師が医療を行う時の、ある特定の態度を意味しているのか？」

もちろん、この疑問に対する答えは、「NBMはそれらの全てでありうる。そこでは適用される領域に応じた実践形式、異なった形式や異なったジャンルのナラティブが用いられる」¹⁰⁾ ということになる。米国の家庭医であるTaylorは、その著書“*Medical wisdom and doctoring*”¹¹⁾において以下のように述べている。

「臨床における対話は単なる情報収集以上のものであり、『奥さん、事実だけを話して下さい』以上のものである。それは患者が自身の人

生の物語の一部を語ることを助け、そのような臨床のプロセスは“narrative based medicine”と呼ばれる」(p53)

Taylorは日本語で書かれた筆者の論文¹²⁾の英文抄録を引用して、NBMの定義の枠組みを以下の4項目にまとめている (p54)。

1. 病いとは、患者の人生と「生活世界」という、より大きな物語において展開するひとつの「章 (chapter)」と見なされる。
2. 患者は物語の語り手であるとともに主体として尊重される。
3. 医学的な仮説、理論、病態生理は、社会的に構成された物語であり、常に複数の物語が共存すると見なされる。
4. 患者と臨床家の対話から新しい物語が浮かび上がることがあり、これらの新しい物語は治療的な影響をもたらすかもしれない。

同書のGlossary (用語集) においてNarrative-based medicineは以下のように定義されている。

「患者が自身の人生の物語を語ることを助け、『壊れてしまった物語』をその人が修復することを支援する臨床行為」

上記の定義は、少なくとも家庭医学的な日常診療におけるNBMをうまく表現しているように思われる。NBMとはあくまでも「臨床行為」であり、単なる理論でも技法でもない。しかしもちろんNBMの実践の中では、理論と技法は統合的に結びついている。

3. 本邦におけるNBMの普及とピットフォール

医療におけるナラティブ・アプローチ、特にNBMは、近年本邦においても様々な医療分野、医療関連分野において注目され、実践や教育に取り込まれようとしている。しかし、本邦において、NBMが正面から批判的に語られることは、

あまり無かったように思われる。その理由の一つとして、一般に医療者は、「NBMは、すでに我々が以前から行っている実践と大きく異なるところはない」と考えていることが挙げられるだろう。

2012年に東京都医師会医療開発委員会が約14,000名の医師会員に行ったアンケート調査（回答総数1,927）¹³⁾によれば、NBMという言葉を知っており内容も理解しているという医師は19.2%であり、言葉は知っているという医師を加えると49.8%であった。NBMの認知度は病院医師のほうが診療所医師より高く（32% vs 19%）、診療別専門科別に見ると、精神科、脳神経科において高く、アレルギー科、外科などでは低かった。年齢別に見ると、70歳台の医師と若手の医師に高く、40、50歳台のいわゆる中堅医師で認知度が低い傾向があった。

「科学的な知識や経験が必要なEBMに対して、NBMは患者さんの病気、疾患についての『物語』を聴き取ることが重要な要素と言われている」という情報提供のもとでの回答で、「NBMはEBMを補完する」と答えた医師は57.1%、「NBMの考え方は医師になる時にすでにたたきこまれている」と答えた医師は26.6%（30歳台では37.9%）、「短時間の外来診療では実施が難しい」という回答は36.7%であった。「患者さんの日常診療にNBMを活用しているか？」という質問に対して、「常に活用している」と答えた医師は、30.8%であり、76.5%の医師が何らかの条件下で「活用している」と回答していた。上記の結果から、NBMの認知度は総じて高いとは言えないが、NBMの考え方を重視して実践しているという医師は比較的多いという結果が得られている。

もちろん、NBMの実践は、医療者が古来から実践してきた「医のアート」の再認識と再発掘であるという側面を間違いなく持っている。しかし、一方でナラティブ・アプローチは旧来の医療観に真っ向から挑戦するラジカルな側面をもっており、これまでの実践を無反省に肯定するものではない。

2012年、藤田は、『生命倫理』誌にNBMを批判

的に論じた「ナラティブ・ベイスト・メディスン再考」¹⁴⁾と題した論文を公表した。著者の藤田は論文執筆時、現役の医学部生であった。この論文は、本邦で医学を学ぶ立場にある者の視点から、NBMの理解と批判が示されていることが興味深い。藤田はNBMの問題点として以下の3点を指摘している。

- 1) 物語的实践は物語を語る能力 (storytelling ability) あるいは物語能力 (narrative competence) に基礎を置くが、NBMにおいては、しばしばそれが単なる病歴聴取の技法として、患者の内的体験を明らかにする目的で用いられている。
- 2) 医療者は、患者に不必要な侵襲を与えかねない「傾聴による物語の悪影響」を無視しやすい。
- 3) NBMの医療への適用は、患者が新しい望ましい物語を創ることを医療者に楽観的に期待させる傾向があるが、常に望ましい物語が得られるわけではない。医療者の期待に沿った筋書きによって、患者の物語が変更されてしまう可能性がある。

ここでは、藤田の提起した議論に答える形で、医療におけるナラティブ・アプローチの問題点とその対策について、筆者の考えをまとめてみたい。

4. NBMと病歴聴取との関係

もし医療におけるナラティブ・アプローチが、単なる病歴聴取の技術とみなされ、そのような形で医学生や医療者に教育されているとすれば、本来のナラティブ・アプローチのメリットを台無しにしてしまいかねない重大な問題であろう。現在のところ、NBMの教育が医学教育カリキュラムの中に系統的に取り入れられている例はそれほど多くないので、多くの教育機関で、そのような誤解のもとに病歴聴取の教育や実習が行われている可能性は否定できない。

これまでの医学・医療において、医療実践とは

「患者の持つ疾患をできる限り正確に診断し、確定した診断にそった治療を行うこと」と考えられてきた。この考え方に従って、患者－医療者間の言語的交流は、診断のために患者から情報収集を行う“問診（いわゆるアナムネ）”や、治療方針を受け入れさせるために患者を説得する“いわゆるムンテラ”などからなるものとされて来た。しかし、すでにこのような考え方は古いものとなり、現在では、患者と医療者の交流は「医療面接：medical interview」と呼ばれている¹⁵⁾。筆者は医療面接を、「苦しむ人の役に立ちたいと願う者と苦しむ者が、聞き手と語り手という役割を担いながら、苦しみを少しでも和らげることを目標に、情報聴取や説明・教育などを行いつつ、良好な関係を構築・維持・展開することを目指すような、主として言語を用いた相互交流のプロセス」¹⁶⁾と定義した。

医療面接の第一の目的は、医療者と患者（あるいは患者の家族などの複数の当事者）の間に良好な関係を作り出し、発展させることであり、診断のための情報の収集はむしろ副次的な重要性しかもっていない¹⁵⁾。確かにNBMは病歴聴取にある程度役に立つことは明らかであるが、ナラティブ・アプローチを医療面接に適用するということは、古典的な診断－治療を中核とする医療体系そのものを変容させるということである。そこにおいては古典的な病歴聴取という概念そのものが大きく変容せざるを得ないだろう。

上記の問題は、筆者がすでに論じた「NBMの実践、言い換えれば医療における対話において、技法（スキル）と姿勢（スタンス）はどういう関係にあるか？」という議論¹⁷⁾とも関連するものである。

医療面接の教育において、面接や対話は単なる技術（テクニク）ではなく、マニュアル的な教育は、むしろ真の対話を阻害するという主張がしばしばなされる。しかしだからといって、対話技術についての考察や教育そのものに意味がないというわけではない。対話における技法（スキル）について考える時、道具（ツール）と姿勢（スタ

ンス）という2つの側面を同時に考慮に入れることが重要である。この問題は、「道具（ツール）としてのナラティブ」と「姿勢（スタンス）としてのナラティブ」の関係という問題として置き換えることができる¹⁸⁾。

医療人類学者であるKleinmanが提唱した、ナラティブ・アプローチの鍵概念の一つである「説明モデル」を題材として考えてみたい。何らかの病いの体験において、当事者（患者や家族や医療者など）は、その病気という出来事を自分なりに意味づけ、説明している。このような「自分の体験を意味づけるための図式」を説明モデルと呼ぶ¹⁹⁾。説明モデルについて語ってもらうための技法としては、「あなたは、自分の状態について、どう考えておられますか？」というタイプの質問が典型的なものである。

医療者と患者、あるいは家族の説明モデルは同じであるとは限らず、むしろ多くの場合食い違っている。例えば患者は、自分の症状（慢性の痛み）を見のがされた身体的な病気のせいであると考えているのに、医療者はそれを心理的なものと見なしているような場合がある。説明モデルを語ってもらうということは、まさに、患者が病いの体験を意味づけている物語を聞くということである。NBMでは、現場における複数の当事者の説明モデルの語りを促進し、それらのうちのどれか一つを正しいとするのではなく、それぞれの立場からの語りを尊重しながら、対話の中でそれらを摺り合わせていくという作業を重視する。

従来、診断－治療を中心とする医療モデルにおいては、患者は診断や治療の単なる対象と見なされてきた。したがって質問という技法も、「医療者が診断や治療方針を決定するための、患者からの情報収集の手段」として意味づけられてきた。これまでの医療は「診断－治療」という姿勢（スタンス）において、質問の技法（スキル）を、道具（ツール）として用いてきたと言える。ところが、NBMにおいては、診療を単なる診断－治療の場とは考えず、複数の物語を語り合い、摺り合わせていくことを目指す場であると考えられる。そ

ここでは、患者は主体的な語り手として尊重される。つまりNBMは、「対話」というスタンスにおいて、質問というツールを用いているのである。同じような質問がなされたとしても、スタンスが「診断－治療という旧来の医療」から「物語と対話に基づくNBMという医療」に変化することによって、その質問の「技法としての意味」は全く異なってくる。

以上のような考察から、藤田の主張する「病歴聴取の道具としてNBMが用いられることによって、患者のナラティブ（あるいはナラティブの実践）が変容してしまう」という主張に対しての筆者の応答は、「そうではなくて、医療実践にNBMが取り入れられることによって、医療そのものが変容する。医療が単なる診断と治療というスタンスから、良質の対話というスタンスに変容することに伴って、病歴聴取は単なる診断のための道具ではなくなる」ということになるだろう。

5. 聴くことの侵襲性に対する自覚について

藤田は、「NBMでは患者の物語りをまるごと聴こうとするが、医療者は聴くことの侵襲性を自覚するべきではないか」と述べ、特に「まるごと」とは、「患者の全体を把握すること」であるとして、「医療者は患者の全体を知りえる存在、知ってもよい存在であると想定してよいだろうか…（略）…患者の全体を知ろうとする発想には、医療者は患者を包み込むことができるという奢りが含まれているのではないか。一人の人間として接しようとする時、相手をまるごと知ろうとする態度は無礼にも思われる…（略）…全体を知るように聴くという考えは、聴くことに限度がないような印象を医療者に与え、医療者がどこまで聴くべきかという判断を鈍らせかねない」と論をすすめている。

上記の批判には、医療においてナラティブ・アプローチを理解し、実践しようとする時に十分な配慮を必要とする重要な指摘がいくつか含まれている。筆者の理解では、上記の主張に含まれる最も重要なポイントは、「他者性（otherness）」に

についての認識であると考ええる。医療者と患者の関係やコミュニケーションについて論じる時、共感や配慮といった「つながり」を示唆する側面が強調されやすいが、患者と医療者双方にとって、お互いが「理解したり共感したりすることが絶対に不可能な他者」であることは十分に自覚される必要がある。その観点から見れば、「医療者が患者の全体を知ることができる」などと考えるのは、まさに傲慢の極みということができるだろう。

しかしそれでは、医療者は他者である患者との対話を通じて相手を知ろうとする努力をしてはならないのだろうか。もちろんそんなことはない。医療者と患者が出会う場において、他者性を十分に意識かつ尊重しつつ、他者に対して自己を開き、本来ならば不可知である「他者」に接近することを可能にするものこそ、まさに物語的行為である。医療においてなぜこのようなことが必要であるかと言えば、「医療とは苦境にいる他者への献身的な実践である」という、医療における根本的な倫理的要請が答えになる。

Charonは「患者が病気に堪え忍んでいることを知って実際的な手助けをするためには、医師は患者の世界に、たとえそれが想像の世界であっても、入っていく必要がある。そして、患者の世界を患者の視点から眺め、解釈する必要がある。正確な診断に到達するためには、患者の世界に住み込むこと（lived-in）が求められる」²⁰⁾と述べている。

一方でGreenhalghは、BakhtinとFrankを引用して、「Bakhtinの考え方によれば、聴き手の役割は単に受動的に吸収するだけではない。別の見解を提供することが大切であり、それは社会学者Arthur Frankが臨界距離（critical distance）と呼んだものである…（略）…Bakhtinの枠組みによる臨床的交流においては、臨床医の役割は、相互交流的な物語に主観的な他者性（otherness）を提供することであり、そこにおいて患者は自身の物語を構成し、意味づけることができるのである」と述べている²¹⁾。

このように、NBMにおいて「聴く」というこ

とは、単に患者の内面にあることを探り出すために聞くということとは異なっている。むしろ、物語によるアプローチとは、自分自身を患者の物語のために差し出す行為である。「(物語によるアプローチは) そうでなければ私達が知ることでできないような世界を知ること特に適している。例えば身体的あるいは精神的にひどく病んでいる状況、外傷を受けた時、強制追放された時、社会的に疎外された時、あるいは私達とは異なった年代や、性や、民族に属している人々などの場合である」とGreenhalghは述べている²²⁾。

次に藤田は、「苦しみの語りを聴こうとする耳があることで、語り手は苦しみを語ろうとし、苦しみの物語りを構成していこうとする。苦しみを聴く耳が、語り手に苦しみの物語りを突きつけてしまうように、聴くことはときに侵襲的な力を持つことがある」として、「NBMの実践が常に有益だと楽観視することはできない」と、聴くことが常に良い結果をもたらすとする楽観的な態度に意義を唱えている。確かに「聴くことが全て善である」というようなナイーブな言説がNBMの主張として受け取られるような状況があるとすれば、藤田の主張の意義も頷ける。しかし、NBMは「聴く」ことを尊重する姿勢を重視するだけではなく、「聴く」という姿勢、具体的な聴き方が、いかに患者や医療実践の質に影響するかという点に細心の注意を払う。この点について河合隼雄は、筆者との対談²³⁾において、以下のように述べている。

「面接の基本は『主導権を患者に譲ること』ではないでしょうか。それがどれだけできるかです。しかし、近代医学的な面接は、検査をして自分の判断で診断をしていくわけで、完全に医師が主導権をもっていないといけません。つまり、医師として近代医学的なアプローチをして、今度は医療面接を行うとなると、まるっきり逆転するようなことをしなくては行けないのです。これは訓練としても難しいと思います」

また、筆者は同じ対談の中で、以下のようにコ

メントした²³⁾。

「医療において『物語を語る』ことの重要生を強調しすぎると、『患者さんに無理に語らせようとする』という危険が生じるおそれがあります。医師と患者の関係性の中で患者さんが自然に語るということが大切なのであって、そのためには時期が熟すまで待つ必要があることも多いのです。『未だ言葉として語られない物語』、あるいは『語られるための時期がまだ熟していない物語』を大切なものとして尊重するという姿勢は、NBMにおける基本的態度の一つであると思います」

上記のようなNBMについての言説は、藤田の危惧する「物語を聴くことを良しとする実践は、物語れない者を想定外にしかねない」という問題に対して、NBMは最初から自覚的な姿勢を保っていることを示している。しかしながら、現役の医学生である藤田がこのような危惧を強く抱かざるを得ない状況が近年本邦において現実となっているとすれば、この問題は改めて真剣に議論されなければならないだろう。

6. 一貫性のある物語を共同構成することの問題点

藤田は「NBMの目的は患者の病いの物語りを創り出すことであるとされる。しかし、創り出された物語りが必ずよいものであるといえるだろうか。筋が通っていて、審美的に人の心に訴え、患者にとって有用であると医療者が考える物語りが、よい物語りとして賛同されている。しかし、これらが患者にとってよい物語りの指標になりえているだろうか」と疑問を投げかけている。これに対応するように、Greenhalghは以下のように述べている²⁴⁾。

「私達は誰でも、まさに芸術作品を見るのと同じように、臨床実践において良質な物語を見抜く目を持っている。たいしたことのない病気をメロドラマ風に語る患者は、そうでない患者

に比べて、聴き手の同情を引くことは少ない…略…私は今のところ、それが本当だという証拠を持っていないので、以下の主張をあくまでも研究仮説として述べたい。純粹に感動的であったり、ユーモアに富んでいたり、風刺を含んでいたり、あるいはその他どのようなものでも、魅力的な物語を語る患者は、医師や看護師の責任をもって関わり、援助したいという気持ちを増幅させる」

Greenhalghは、病いの物語の「価値」を吟味するための一連の評価基準を、慎重に提案している。しかし彼女自身、このような考え方に対しては、ナラティブに興味をもつ学者や実践者の間でも批判的な議論があることを自覚していると率直に述べている（私信）。物語の価値とは、それを語る者にとっても、受け取るものにとっても、極めて個別的なものであり、それを一律に評価することなどできないし、そもそもすべきではないとする主張にも一定の説得力がある。

しかし一方で我々は、例えばフィギュアスケートのような、高度な運動能力と技術に加えて人々に美の感覚や芸術的感動をもたらす競技においても、厳密な採点基準を設けて評価しようとする（それに反対する人もいるだろうが）。そもそも評価基準がなければ、より高いレベルの技術や芸術性をめざすための訓練の方向性を定めることさえできないだろう。単に評論家的な態度を保つだけでは、医療行為は遂行できない。医療とは、たとえ暫定的で不完全なものであっても、何らかの基準に基づく判断や選択にコミットする行為を必要とする実践だからである。「〇〇はかならずよいものだと言えるだろうか？」という質問に対する正解はどんな場合でも「いいえ」である。これは扱っている命題がなんであって自動的になりたつ。しかし、現実の実践においてなんらかの選択を決断しようとする時、このような形式論理的な文章記述からは何も得るものはない。

さらに言えば、物語の審美性や一貫性は、「医療者が（頭で）決めるもの」ではない。それは物

語自身をもつ「感情に働きかける」性質であり、それを受け取る者の個別性は当然としても、現場において（それを受け取る個人に）有無を言わせぬ力を発揮するものである。物語能力を自らの実践に活かすことのできる医療者とは「患者の物語に突き動かされて患者のために行動する」ことができるような医療者なのである。

藤田は「医療者が患者の物語りを聴こうとするときも、自然と隠されるものがあり、医療者にとって煩雑だと思える患者の人間臭い語りを消臭していることもありえる。患者中心の医療の実践と思われるNBMによって、医療者は巧妙に患者の否定的な気持ちを隠しているかもしれない」と述べ、「患者の物語りに固執せず、断片的で矛盾しているような言葉を、医療者が筋を追わず、理由も求めずに聴く関係が医療の場にあってもよいのではないか」と論じている。

物語が語られる時、ある部分を捨象したり、あえて語らなかったり、あるいはそもそも語ることさえできなかったりすることによって、逆説的に物語の一貫性が保たれるということは、物語の重要な特質の一つである。さらに、それらの語られない部分にこそ、むしろ患者の病いの重要な部分があるという点については、まさにその通りであると思う。しかしここでも、NBMはそのことを十分に自覚している。筆者は、過敏性腸症候群の男子生徒との治療過程を報告し、以下のように考察した²⁴⁾。

「心身症の患者は、病いの物語りを『言語的な語り』を通じて明快に語ってくれることはむしろ少ない。S君の事例でも示されたとおり、『生物医学的な語り』にも『悩みとしての個人的な人生の語り』にも、心身症患者の物語りを当てはめることは難しい。もし治療者側のもつ柔軟性を欠く物語りに、患者を強引に当てはめようとすれば、治療関係を構築することはたいへん難しくなる。多くの心身症患者の物語りは、さまざまな時相に、断片的にその姿をいまみせるに過ぎない。このような『物語り』

は、非合理的で、矛盾に満ち、注意深い関心をそっと向け続けることなしには聴き取ることのできない繊細なものである。多くの場合、患者の表明する身体症状や、多彩な苦しみ、そして患者自身が生き抜く人生そのものこそが、患者が生きているところの物語りである。しかし、それらの中に（一貫性のある）物語りを読みとることは決して容易なことではない」

このような観点は、藤田自身も言及しているFrankの「混沌の語り (chaos narrative)」をどう扱うかという論点と重なってくるように思われる。Greenhalghは以下のように述べている²⁴⁾。

「医師やセラピストが病いの物語においてあまりにも多く耳にするのは、『混沌の物語』、すなわち『気が滅入る』物語である。それはすべてにおいて一貫性を欠き、満足の得られない物語である。そこでは、いかなる筋書きも見分けることができないばかりか、どの登場人物が、どういう目的で何をしているかもわからない。しかしながら、混沌の物語は、一貫性を欠くというまさにそのことによって、私達に重要な何かを伝えている」(訳書p12)

「慢性疾患患者の病いの物語が、Frankが混沌の物語と呼んだような展開をする場合、『ただ聴くこと (just listening)』が、医師と患者の双方に、新しい物語の共同構成のチャンスを提供する。新しい物語は患者にとって何らかの意味を持ち、たとえそれがよりよいものであろうと悪いものであろうと、物語自身が進むべき方向へと展開するだろう。患者に『数週間後にまたおいでください。そのときまた、その後どうなったか教えて下さい』と伝えるかかりつけ医や、『私が次に訪問する時に、またお話ししましょう』と告げる癌専門看護師は、医療における出会い (encounter) の最も重要な目的は診断でも処方でもないということを知っている。それは物語に何かをつけ加えることである。そ

れは、まさにそれだけのことであるが、何よりも重要なのである」(訳書p25)

このように、藤田がNBMの抱える問題として提起したことがらのほとんどは、NBM自身が最も重要視している問題でもある。これらの問題への言及がNBMの提唱者や筆者自身によって繰り返し行われているにも関わらず、今なお「再度議論されるべきもの」として繰り返して提起されるという事実は、藤田が指摘する問題が簡単には解決できない、医療における最重要問題であり、ナラティブ・アプローチを医療において実践しようとする者の全てが、常に自省し議論を続けなければいけない問題であることを照らし出しているように思われる。

文献

- 1) Charon R: Ethicality of Narrative Medicine. Hurwitz B, Greenhalgh T, Skultans V, eds: Narrative Research in Health and Illness. BMJ Books, London 2005. p23-36. (リタ・シャロン: ナラティブ・メディスンの倫理性. 斎藤清二他監訳: ナラティブ・ベイスト・メディスンの臨床研究. 金剛出版, 東京 2009. p11-27)
- 2) Greenhalgh T, Hurwitz B. (Eds.): Narrative Based Medicine-Dialogue and Discourse in Clinical Practice. BMJ Books. London, 1998 (斎藤清二・山本和利・岸本寛史監訳: ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話. 金剛出版, 東京, 2001.)
- 3) Greenhalgh T: What seems to be the trouble? -stories in illness and healthcare. Radcliffe Publishing Ltd, Oxford, 2006. (斎藤清二訳: グリーンハル教授の物語医療学講座. 三輪書店, 東京, 2008.)
- 4) 斎藤清二: ナラティブ医療学講座—物語と科学の統合を目指して. 北大路書房, 京都, 2011.
- 5) 斎藤清二: 医療におけるナラティブとエビデンス—対立から調和へ. 遠見書房, 東京. 2013.
- 6) Charon R: Narrative Medicine-Honoring the

- Stories of Illness. Oxford University Press, New York, 2006. (斎藤清二, 岸本寛史, 宮田靖志, 山本和利訳: ナラティブ・メディスン—物語能力が医療を変える—. 医学書院, 東京, 2011)
- 7) 斎藤清二: 医療プロフェッショナルリズム—シヨナリズム教育における物語能力の訓練. 心身医学21: 1014-1021, 2012.
- 8) 斎藤清二: Narrative Based Medicineは新しいパラダイム足りうるか?. N: ナラティブとケア1: 4-10, 2010.
- 9) Greenhalgh T: What seems to be the trouble? -stories in illness and healthcare. Radcliffe Publishing Ltd, Oxford, 2006. (斎藤清二訳: グリーンハル教授の物語医療学講座. 三輪書店, 東京, 2008. P108)
- 10) Kalitzkus V, Matthiessen PF: Narrative-based medicine: potential, pitfalls, and practice. Perm J. Winter 13(1): 80-86, 2009.
- 11) Taylor RB: Medical wisdom and doctoring—the art of 21st century practice. Springer, New York, 2010, p53-54.
- 12) 斎藤清二: Narrative-based medicineと臨床知. 精神神経学雑誌 108. 2006.
- 13) 東京都医師会医療開発委員会: 医療と言語—患者との良いコミュニケーションの構築を目指して, 2012. <http://www.tokyo.med.or.jp/about/enterprise/pdf/H23qa.pdf>
- 14) 藤田真弥: ナラティブ・ベイスト・メディスン再考. 生命倫理 22: 60-66, 2012.
- 15) 斎藤清二: はじめての医療面接—コミュニケーション技法とその学び方. 医学書院, 東京, 2000.
- 16) 斎藤清二: 臨床におけるインタビュー. 学園の臨床研究 8: 1-10, 2009.
- 17) 斎藤清二: 医療におけるナラティブの展望—その理論と実践の関係—. 江口重幸・斎藤清二・野村直樹編: ナラティブと医療. 金剛出版, 東京, 2006. p245-265.
- 18) 斎藤清二: 医療におけるナラティブとエビデンス—対立から調和へ. 遠見書房, 東京. 2013. p97-110.
- 19) Kleinman A: The illness narratives; suffering, healing and the human condition, Basic Books Inc. New York, 1988, (江口重幸, 五木田紳, 上野豪志訳: 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学. 誠信書房, 東京, 1996.
- 20) Charon R: Narrative Medicine-Honoring the Stories of Illness. Oxford University Press, New York, 2006. (斎藤清二, 岸本寛史, 宮田靖志, 山本和利訳: ナラティブ・メディスン—物語能力が医療を変える—. 医学書院, 東京, 2011, p12)
- 21) Greenhalgh T: What seems to be the trouble? -stories in illness and healthcare. Radcliffe Publishing Ltd, Oxford, 2006. (斎藤清二訳: グリーンハル教授の物語医療学講座. 三輪書店, 東京, 2008, p24)
- 22) Greenhalgh T, Collard A: Narrative Based Health Care: Sharing Stories -A Multiprofessional Workbook. BMJ Books, London, 2002 (斎藤清二訳: 保健専門職のためのNBMワークブック—臨床における物語共有学習のために—. 金剛出版, 東京, 2004, p20)
- 23) 河合隼雄, 斎藤清二 (2000): Narrative Based Medicine—医療における物語と対話 (対談). 週刊医学界新聞 (2000年10月23日号) p1-3.
- 24) Greenhalgh T: What seems to be the trouble? -stories in illness and healthcare. Radcliffe Publishing Ltd, Oxford, 2006. (斎藤清二訳: グリーンハル教授の物語医療学講座. 三輪書店, 東京, 2008, p11-12)
- 25) 斎藤清二: 語られざる物語を聴き取る—心身症治療とナラティブ. 斎藤清二・岸本寛史著: ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践. 金剛出版, 東京, 2003. P202.
- 26) Greenhalgh T: What seems to be the trouble? -stories in illness and healthcare. Radcliffe Publishing Ltd, Oxford, 2006. (斎藤清二訳: グリーンハル教授の物語医療学講座. 三輪書店, 東京, 2008, p12)
- 27) 前掲書, p25.

風疹抗体価の動向

富山大学保健管理センター杉谷キャンパス

高倉 一恵、松井 祥子、野口 寿美、島木 貴久子、佐野 隆子、酒井 渉、北島 勲

“Recent Trend of Serum Antibody Titers against Rubella in Medical and Pharmaceutical Students”

Kazue Takakura, Shoko Matsui, Hitomi Noguchi, Kikuko Shimaki, Takako Sano,

Wataru Sakai, Isao Kitajima

Key words : 風疹抗体価、MRワクチン、感染予防

風疹の感染予防対策を目的として、医薬系学生1,758名を対象に、2008年から2013年までの6年間、罹患歴と予防接種歴のアンケート調査を行い、風疹抗体価を測定した。その結果、風疹抗体の平均陽性率は92.0%であった。厚生労働省を中心に2008年から2012年度までの5年間、麻疹排除計画のもとに高校3年次に麻疹風疹（MR）ワクチンの2回目の接種が施行されたが、それを反映してか、2009年を境としてワクチン接種率が増加したことが判明した。また全体の抗体陰性者そのものは少なかったが、サブ解析ではワクチン非接種者の男性に抗体陰性者が多い傾向が認められた。この結果は、社会的に2012年6月以降みられている風疹流行の傾向と同様であり、行政の主導による感染予防のさらなる強化が必要と考えられた。

風疹は、医薬系学生の実習において重要な感染症であり、また生殖期の青年層において先天性風疹症候群の発症にも関与することから、今後も抗体価の推移を慎重に見守る必要があると考えられた。

【はじめに】

近年、風疹は20～40代を中心に大流行し、社会問題となっている。風疹の感染力は、麻疹や水痘に比べると弱いものの、飛沫感染により、家族内感染や施設内感染を起こすことが知られている。また妊婦が妊娠初期に風疹ウイルスに感染すると、胎児にも感染し、いわゆる先天性風疹症候群児が出生する可能性がある。そのため、20代の医薬系学生の実習の際に際しては、感染予防に細心の注意が必要である。

富山大学では、2003年より医薬系キャンパスの入学者に対して、風疹を含む4種感染症（麻疹・風疹・ムンプス・水痘）の抗体価をチェックし、病院実習前の感染予防対策を講じている。

今回は、この風疹の流行を受けて、最近の大学

生の風疹抗体価の動向を調査したので、若干の考察をふまえて、その結果を報告する。

【対象と方法】

富山大学医薬系キャンパスの医学部医学科、看護学科、薬学部薬学科、創薬科学科に入学した学生 計1,758名（男性804名・女性954名）。2008年から2013年の6年間、風疹感染症に関する接種歴のアンケート調査と抗体検査を行った。検査法は赤血球凝集阻止反応（HI）法を用い、陰性者の判定基準は8倍未満、弱陽性は8倍とした。

アンケート調査の方法は、入学時に提出する書類一式として保護者に送付し、母子手帳等による確認の後、ワクチン接種歴や罹患歴を記入するよう依頼し、入学後にアンケート用紙を回収した。

【結果】

抗体検査受検者数は1,758名、アンケート回収は1708名（97.2％）であった。

1. ワクチン接種率と抗体価判定の推移

アンケート回答による風疹ワクチンの接種率は、2008年は24.7％だったが、2009年以降70％台から80％台に上昇した（表1）。

表1 風しん含有ワクチン接種率推移

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
男性	27.6%	68.5%	72.3%	78.5%	85.7%	86.4%
女性	22.2%	84.4%	77.0%	85.5%	90.1%	78.5%
計	24.7%	76.4%	74.8%	82.4%	88.2%	81.7%

また、ワクチン接種率の上昇と共に、2008年に85％だった抗体陽性率は90％台に上昇し（図1）、陰性率が減少に転じた。一方、明らかな抗体陰性者は全体で3.4％と少ないものの、弱陽性者は4.6％であり、その割合は2011年以降上昇する傾向がみられた（図2）。

2. 男女別に見た抗体価判定

抗体陰性者は男性40名（5.0％）、女性20名（2.1％）であり、男性の陰性率が有意に高かった（図3、 χ^2 乗検定 $*p<0.01$ ）。

3. ワクチン接種と抗体価の分布

ワクチン接種群（ワクチン接種歴あり）と非接種群（接種歴なし）で抗体価の分布を比較したところ、非接種群は接種群に比べて陰性者が多かったが、有意差は認められなかった（図4）。

4. 男女別に見た抗体価分布

ワクチン接種群において男女間での抗体価の有意差は認められなかったが（図5）、非接種群においては、陰性者は陽性者に比べて男性が有意に高かった（図6、 χ^2 乗検定 $*p<0.01$ ）。

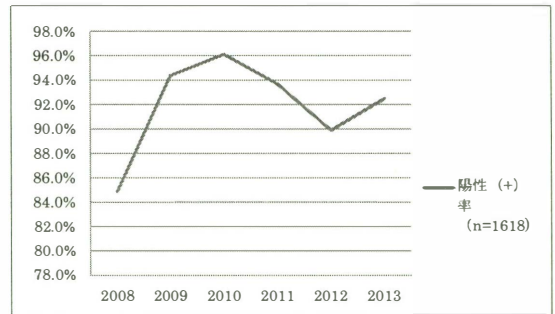


図1. 風疹抗体価陽性率の年次推移

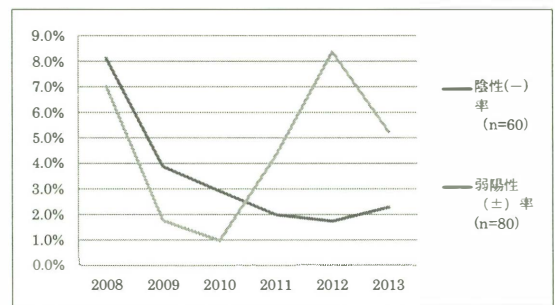


図2. 抗体陰性率・弱陽性率の推移

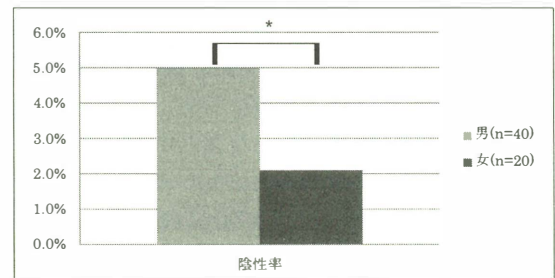
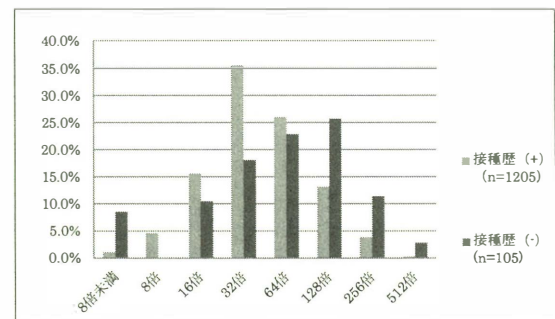


図3. 抗体陰性者



※接種率が大きく異なるため、2008年のデータと接種歴不明者のデータは除いた。

図4. ワクチン接種と抗体価の分布
(2009-2013)

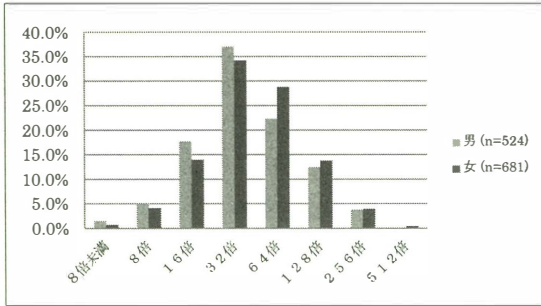


図5. ワクチン接種群の抗体価分布

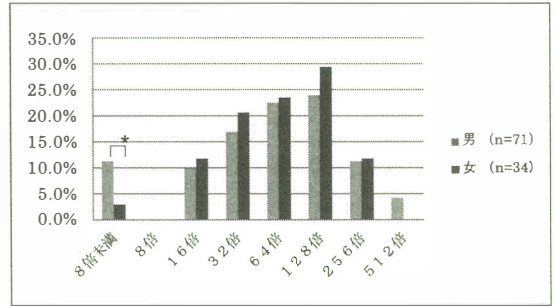


図6. ワクチン非接種群の抗体価分布

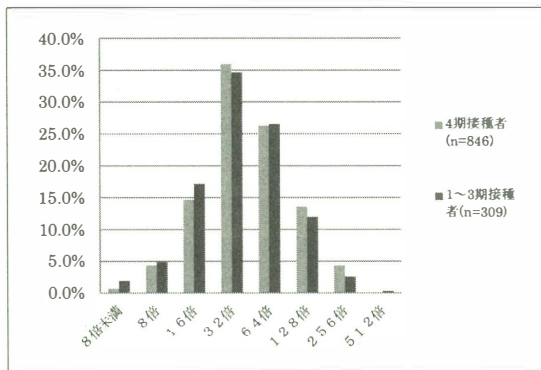


図7. 接種時期と抗体価分布

5. 接種時期別に見た抗体価分布

高校3年次に接種を行った第4期MRワクチン接種者とその他の時期の接種者として抗体価分布を比較したが(図7)、第4期MRワクチン接種者の明らかな抗体価上昇は認められなかった。

【考察】

風疹は、発熱、発疹、リンパ節腫脹を特徴とするウイルス性発疹症である。症状は不顕性感染から、重篤な合併症併発まで幅広く、臨床症状のみで風疹と診断することは困難な疾患である。また、風疹に感受性のある妊娠20週頃までの妊婦が風疹ウイルスに感染すると、出生児が先天性風疹症候群を発症する可能性がある。そのため、男女ともがワクチンを受けて、まず風疹の流行を抑制し、女性は感染予防に必要な免疫を妊娠前に獲得しておくことが重要である¹⁾。

わが国の風疹ワクチンは、表2のような歴史で

接種を行ってきた²⁾³⁾。すなわち1976年の任意接種に始まり、女子中学生や乳幼児を中心の予防策が実施されてきた。先進国ではMMR(麻疹・おたふくかぜ、風疹)混合ワクチンとして使用している国がほとんどであるが、わが国では、おたふくかぜワクチン株による無菌性髄膜炎の多発により、1993年に中止となった経緯があり、2006年にMR(麻疹・風疹)ワクチンの接種が開始されるまでしばらくの間は単独のワクチンが使用されていた。

表2. 風疹(MR)ワクチンの歴史

1976年:任意接種として導入される。
1977年:女子中学生に対する定期接種
1989年:生後12～72か月児に対し、MMRワクチン(麻疹・ムンプス・風疹)として定期接種。
1993年:MMR後の無菌性髄膜炎が問題になり、中止。
1995年:生後12～90か月未満の児に風疹ワクチンを接種。 集団接種から個人接種に変更。
2006年:第1期(生後12～24か月未満)と第2期(5歳以上7歳未満)にMRワクチンの接種。
2008～2012年:中学校1年生に相当する年齢の者(13歳になる年度)と高校3年生に相当する年齢の者に該当する年齢の者に対し2回目の麻しん・風しんワクチンの定期接種を実施

そのような中、2007年に麻疹の大流行が青年層を中心に発生したことは、まだ多くの国民の記憶に新しい。そのため厚生労働省は、麻疹排除計画のもとに2008年度～2012年度の時限措置として、MRワクチンの2回目接種を中学1年生(第3期)および高校3年生(第4期)を対象に実施した。

その後の厚生労働省及び国立感染症研究所の調査による、2008年～2012年度の第1期～4期各期

におけるワクチン接種状況では、1才児対象の第1期では、95%前後の接種率となっているが、期を追う毎に接種率は低下し、3期、4期は80%台に低下していた。

当キャンパスの調査では、医薬系大学生の第4期MRワクチンの接種率は全国平均より低く、平均52.8%であった。これは、医薬系学生はの現役入学率が高くないことや、麻疹単独ワクチンのみの接種者がいたことなど、いくつかの要因が推測される。しかしワクチン接種率そのものは、2009年を境に飛躍的に増加したており、行政主導による第4期（MR）ワクチン接種勧奨のためと考えられた。

また風疹抗体価陰性者は、ワクチン接種歴のない者、特に男性に多いことが明らかになり、社会的な流行の傾向と一致した結果となった。さらに4期MRワクチン接種者而非接種者との間には、明らかな抗体価の上昇を認めず、ワクチンのブースター効果にやや疑問の残る結果となった。しかしこれは、4期接種が無効というよりも、HI法

で差が出るほどの抗体上昇を認めなかっただけ、とも解釈できる。

1977年に始まった風疹ワクチンの定期接種状況（図8）、男女別年齢別予防接種歴別風しん患者報告数（図9）を比較すると、ワクチンの接種の機会が少ない世代ほど、り患報告数が多い傾向にあることから、やはりワクチン接種は風疹の流行を抑制するためには有効と考えられた⁴⁾。

【結語】

近年、風疹などの小児期感染症が、青年層を中心に流行している。

これらの感染症は、医薬系学生の学内実習のみならず、弱者への感染拡大や生殖活動など、社会的にも甚大な被害をもたらしうる。

2008年度から2012年度までの5年間の時限措置として行われてきたMRワクチンの定期接種が終了したため、今後は学生の抗体価の動向を注意深く見ていく必要があると考えられた。

1977年に始まった風疹ワクチンの定期接種状況 (2013年4月1日現在の年齢)

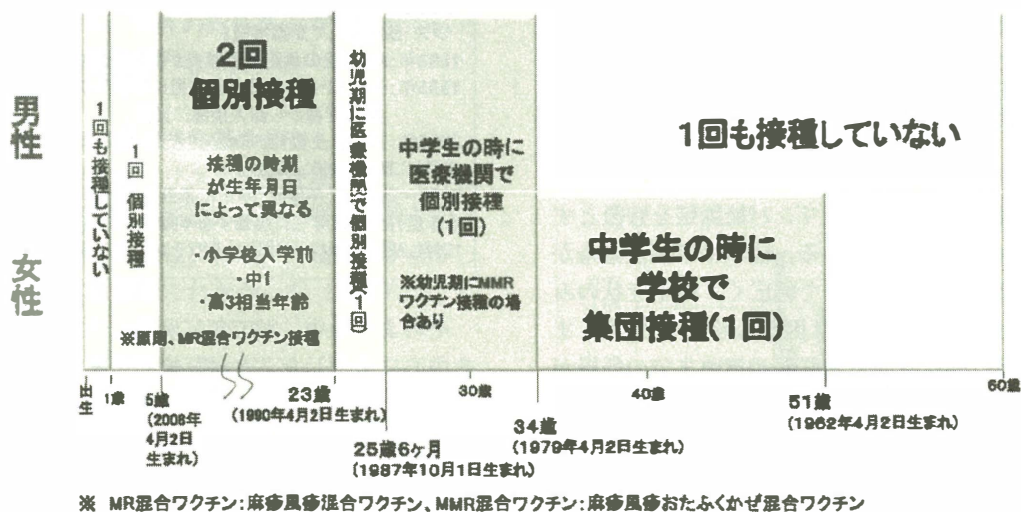


図8 1977年に始まった風疹ワクチンの定期接種状況 文献4)より引用

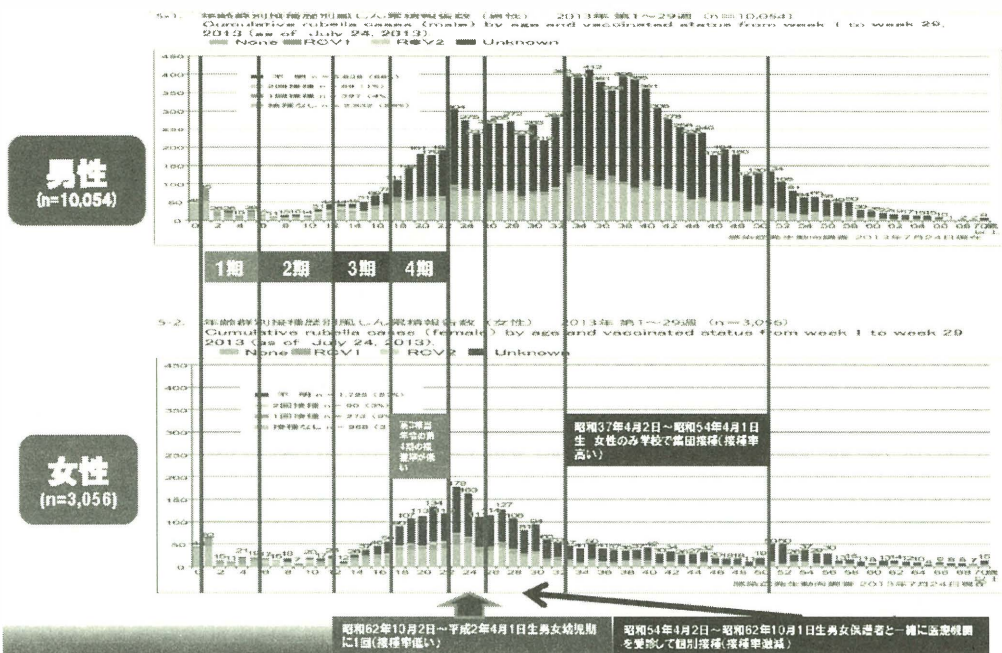


図9 男女別年齢別予防接種歴別風しん患者報告数(2013年 第1～29週) 文献4)より引用

【引用文献】

- 1) 国立感染研究所：風疹とは
<http://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ha/rubella/392-encyclopedia/430-rubella-intro.html>
- 2) 国立感染症研究所 感染症情報センター：風疹ワクチンについて
<http://idsc.niid.go.jp/disease/rubella/rubella.html#vaccine>
- 3) 岡部信彦，多屋馨子：麻疹（はしか）・風疹予防接種に関するQ&A集 85-109：2012
- 4) 多屋馨子：麻しん・風しん含有ワクチン接種率と麻しん・風しんの発生動向
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000015035.pdf#search=%E9%A2%A8%E7%96%B9%E3%83%AF%E3%82%AF%E3%83%81%E3%83%B3%E6%8E%A5%E7%A8%AE%E7%8E%87>

高齢者における将来の在宅介護サービス利用に対する不安・抵抗感： 世帯構成との関連から

竹澤 みどり

富山大学保健管理センター

Anxiety and Hesitation about Future Utilization of In-home Care Services under the Long-term Care Insurance System in Elderly: Relation to their family structure
Midori Takezawa (Center for Health Care and Human Science, University of Toyama)

キーワード：介護サービス、不安、抵抗感、世帯構成

Key Words: long-term care insurance system, anxiety, hesitation, family structure

本研究では、高齢者が将来利用する可能性のある在宅介護サービスに対してどのような不安や抵抗感を抱いているのか、またそれらが現在の高齢者の世帯構成によってどのように異なるのかを検討するために、自由記述調査を実施した。カテゴリー化の結果、「介護者の資質」「経済面」「介護制度・内容がわからない」など複数のカテゴリーが抽出された。さらに、非常に強い不安・抵抗感を感じている人の多くが、「経済面」「家族への負担」について記述していた。また、配偶者以外の家族と同居している人は、「家族への負担」「他人だから信用できない」といった回答が多い一方で、配偶者との二人暮らしの人は、「家族への負担」を記述する人は少なく、「経済面」についての記述が多かった。さらに、独居の人は「一人になる」「他人に迷惑をかけたくない」等の回答が多いなど違いがみられた。

問題と目的

内閣府（2013）によると、2012年には65歳以上の高齢者人口は過去最高となり、総人口に占める割合も上昇を続け24.1%となった。さらに、総人口が減少する中で高齢者人口は増加し続け、今後高齢者率が上昇し続けることが予想されている。それとともに、介護保険制度における要介護者または要支援者と認定された人は急速に増加しているのが現状である。一方で、何らかの介護サービスが必要であるにもかかわらず、介護サービスを十分に利用できていない、またはサービスの利用に至らない場合も多いことが指摘されている。たとえば、杉澤・深谷・杉原・石川・中谷・金（2002）は、支給限度基準額を介護の必要量と

し、この基準から実際の利用額がどの程度乖離しているかで介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用を評価し、調査対象者である要介護者のうちの約69%が過少利用であることを示している。また、河野・津村・藤田・薮内（2009）は要支援認定者を対象とした調査を実施し、要支援認定を受けた介護サービス未利用者の約47%が申請時にはサービスを受けたいと考えていた、つまり何らかのサービスを必要としていた人であることを指摘している。必要としているにもかかわらず、サービスの利用を選択しない（または、できない）高齢者のための支援対策が必要であると考えられるが、このような高齢者に対する支援策は確立していないのが現状である（鈴木・山中・

藤田・平野・飯島、2012)。さらにその支援には、高齢者の抱く介護サービス利用そのものに対する抵抗感やネガティブな感情を和らげるためのアプローチの視点が必要であることが指摘されている(李、2012)。

これまでの研究では高齢者が介護サービスを利用するか否かについては、サービス利用の意思決定にかかわる要因として検討されている。麻原・百瀬(2003)は、訪問看護師からみた介護サービス利用に関する高齢者の意思決定に影響を与える要因を検討している。その結果、「介護保険制度に関する問題」「介護サービス利用の意思決定に対する他者の影響」「情報不足」「介護サービス量不足」「規範の影響」「高齢者の能力不足」といった要因を見出している。また、鈴木ら(2012)は保健師等からみた、在宅介護サービスの導入を困難にする問題について項目収集を行い、因子分析の結果「生活の変化に対する抵抗」「親族の理解・協力の不足」「手続き・契約における能力の不足」「インフォーマルサポートの不足」「受診に対する抵抗」の5因子を見出している。さらに、上野(2010)は、介護支援専門員を対象とした半構造化面接を実施し、要介護者のデイサービス利用を躊躇する要因を検討している。その結果、「デイサービスに対する否定的感情」「公的サービス利用への否定的感情」「デイサービス内容・環境・利用料金への不満」「要介護者本人の症状・障害に影響した不安」「老化・身体障害を認めたくない」「過ごしたい場所ではない」「家族への気兼ね」といった要因が見出された。これらの研究は、支援者側から見た高齢者のサービスの利用を阻害していると考えられる要因を検討している。一方で、サービスの利用者である高齢者自身を対象とした研究もなされている。たとえば、山田・石橋・西村・堀田・若林・古谷野(1997)は、70代の在宅高齢者を対象として高齢者の性や年齢、学歴、年収といったデモグラフィック要因と在宅ケアサービスの利用に対する否定的態度との関連を検討し、配偶者及び同居子の存在が在宅ケアサ-

ビスの利用に対する否定的態度をもたらすことを明らかにしている。しかし、利用者側である高齢者を調査対象として、実際に在宅介護サービスの利用に対してどのような不安や抵抗感を抱いているのかを検討した研究は未だ少なく、その必要性が指摘されている(李、2012)。支援者側である訪問看護師や保健師には語られない高齢者の抱える不安や抵抗感が存在することも考えられ、高齢者を対象とした在宅介護サービス利用に対する不安や抵抗感を包括的に検討することが必要であると考えられる。そこで、本研究では高齢者が将来的に利用する可能性のある在宅介護サービスに対して具体的にどのような不安や抵抗感があるのか、またそれによって不安・抵抗感の程度に違いがみられるのかを明らかにすることを第一の目的とする。

在宅介護サービスの利用に対する不安や抵抗感にはどの高齢者にも共通にみられるものもあれば、高齢者の置かれた状況等によって感じやすいものが異なることも推測される。配偶者および同居子がいることは、在宅介護サービス利用に対する否定的な態度(家族の努力で、利用せずにはすませたほうがよい)と有意に関連し(山田ら、1997)、同居家族がいない場合には要介護度に関係なく在宅介護サービスの過少利用の割合が低いが、同居家族がいる場合には要介護度が高くても在宅介護サービス利用の量は増加していないことが示されている(杉澤ら、2002)。さらに、栗本・金山・矢庭(2002)は、家族と同居していることが、介護認定を受けたにもかかわらず在宅介護サービスの利用に至らない理由の一つとなっており、できるだけ家族内で介護をやっていきたいと考えている人が多いことを指摘している。したがって、高齢者の世帯構成によって抱く在宅介護サービス利用に対する不安や抵抗感の内容が異なる可能性が考えられる。そこで、本研究では在宅介護サービス利用に対する不安や抵抗感が高齢者の世帯構成によってどのような違いがみられるのかを検討することを第二の目的とする。

方法

対象と調査方法

富山市の住民基本台帳から無作為に抽出された70歳から90歳の男女3,000名（母集団84,794名、抽出率：3.54%）を対象とし、自記式質問紙による郵送調査を行った。標準抽出の手順は、富山市の84区のうち17区を抽出した後、各区の人口の約20%をそれぞれ系統抽出法（等間隔抽出法）によって抽出した。調査時期は2010年11月から12月であった。回収率は35.9%（1,078名）であった。調査票は、在宅介護を利用している場合と、利用していない場合の異なる2種類が同封され、該当するどちらかの調査票への回答を求めた。本研究では、将来利用する在宅介護サービスに対する不安・抵抗感について検討することが目的であったため、在宅介護サービスを利用していない場合の調査票を分析対象とした。在宅介護を利用していない場合の調査票へ回答した1,024名のうち、家族が回答しているもの、無回答の多いものなどを除く1,002名を分析対象とした。

調査内容

調査項目には複数の質問項目が含まれていたが、本研究の分析にかかわる調査内容は以下の通りである。将来の在宅介護サービスの利用に対する不安や抵抗感の程度について4件法（1：全くない、2：少し不安・抵抗感がある、3：まあまあ不安・抵抗感がある、4：非常に強い不安・抵抗感がある）で回答を求めた。さらに、具体的にどのようなことに不安や抵抗感を感じるかについて自由記述で回答を求めた。その他、年齢、性別、世帯構成について尋ねた。

倫理的配慮

研究に関する説明を記載した用紙にて、研究の目的と意義について説明した。さらに、個人情報の厳守、得られたデータは研究目的以外に利用することはないこと、調査への協力は自由意思に基づくもので回答しなくても不利益をこうむることがないことを書面にて説明し、無記名で回答を求

めた。ただし、今後の調査への協力が可能な場合には、住所氏名の記載を求めた。

結果

回答者の基本属性

回答者のうち436名（43.5%）が男性、553名（55.2%）が女性、性別不明が13名（1.3%）であった。平均年齢は76.85歳（ $SD=5.08$ ）。世帯構成は、家族と同居している場合が778名（77.6%）、独居が135名（13.5%）、不明が89名（8.9%）であった。さらに、将来の在宅訪問介護に対する不安・抵抗感の程度は、『少し不安・抵抗感がある』が403名（40.2%）と最も多く、次いで、『まあまあ不安・抵抗感がある』が230名（23.0%）、『全くない』が221名（22.1%）であり、『非常に強い不安感・抵抗感がある』は81名（8.1%）と最も少なかった。ちなみに、無回答は67名（6.7%）であった。

不安・抵抗感のKJ法

1,002名中365名（36.4%）（男性160名・女性201名・不明4名）が不安・抵抗感の具体的な内容について記述しており、全記述数は603であった。それらをKJ法を用いてカテゴリー化した。その結果、以下の18カテゴリーが抽出された（Table 1）。各カテゴリーは、記述数の多かったものから順に「介護者の資質」（介護者の介護技術や人間性に関する内容）、「経済面」（どのくらいの費用負担があるのか、自身がその費用を負担できるのかといった内容）、「介護制度・内容が分からない」（どのくらいどのような介護が受けられるのか、自身の希望がどの程度考慮されるのかといった内容）、「身体・認知機能や病気」（自分の身体・認知機能がどのような状態になるのか、病気になった時にはどうしたらいいのかといった内容）、「わからない」（現在経験していないのでわからないといった内容）、「家族への負担」（家族にどのくらい負担・迷惑がかかるのか、家族の健康状態に関する不安）、「介護者との対人関係」（介護者と上手く付き合えるか、性格が合うかどうかといった内容）、「他人だから信頼できない」（他人が家に入ること、他人に世話

Table 1 在宅介護サービス利用に対する不安・抵抗感のカテゴリー

カテゴリー名	男性	女性	性別不明	合計
介護者の資質	32 (11.9%)	42 (12.8%)	0 (0.0%)	74 (12.3%)
経済面	31 (11.6%)	38 (11.6%)	0 (0.0%)	69 (11.4%)
介護制度・内容がわからない	24 (9.0%)	30 (9.1%)	2 (33.3%)	56 (9.3%)
身体・認知機能の衰えや病気	20 (7.5%)	22 (6.7%)	0 (0.0%)	42 (7.0%)
わからない	19 (7.1%)	20 (6.1%)	0 (0.0%)	39 (6.5%)
家族への負担	11 (4.1%)	24 (7.3%)	0 (0.0%)	35 (5.8%)
介護者との対人関係	13 (4.9%)	18 (5.5%)	0 (0.0%)	31 (5.1%)
他人だから信頼できない	9 (3.4%)	21 (6.4%)	0 (0.0%)	30 (5.0%)
国・制度への不信	19 (7.1%)	10 (3.0%)	1 (16.7%)	30 (5.0%)
他人に迷惑をかけたくない	11 (4.1%)	18 (5.5%)	0 (0.0%)	29 (4.8%)
漠然とした不安	10 (3.7%)	15 (4.6%)	0 (0.0%)	25 (4.1%)
介護者に上手く接せられない	4 (1.4%)	20 (6.1%)	0 (0.0%)	24 (4.0%)
一人になる	11 (4.1%)	10 (3.0%)	0 (0.0%)	21 (3.5%)
素直に受け入れられるか	8 (3.0%)	6 (1.8%)	0 (0.0%)	14 (2.3%)
屈辱感・尊厳保持	7 (2.6%)	5 (1.5%)	1 (16.7%)	13 (2.2%)
プライベートをさらす	9 (3.4%)	3 (0.9%)	1 (16.7%)	13 (2.2%)
住宅の設備	7 (2.6%)	2 (0.6%)	0 (0.0%)	9 (1.5%)
その他	23 (8.6%)	25 (7.6%)	1 (16.7%)	49 (8.1%)
合計	268	329	6	603

注：() 内は%を示す。

をしてもらうこと自体が不安であるといった内容)、「国・制度への不信」(国の財政面や介護制度自体が信頼できないといった内容)、「他人に迷惑をかけたくない」(他人に世話になる、迷惑をかけること自体が嫌であるといった内容)、「漠然とした不安」(具体的にはよくわからないが漠然とした不安があるといった内容)、「介護者に上手く接せられない」(自分自身が気遣いをしすぎてしまい適切に主張できないなど、介護者に上手く接することができないのではないかといった内容)、「一人になる」(一人での生活における様々な活動の困難さ、寂しさといった内容)、「素直に受け入れられるか」(反抗的にならずに素直に介護を受け入れることができるかといった内容)、「屈辱感・尊厳」(介護を受けながらも人間らしさ・尊厳を保つことができるか、人に頼ること自体が屈辱的であるといった内容)、「プライベートをさらす」(介護者に家の中を見られるなどプライベートをさらすことに対する抵抗感)、「住宅の設備」(現在の住宅が介護に適した設備になっていないことに対する不安)であった。

不安・抵抗感の性差

性別によって不安・抵抗感の内容に違いがあるかを検討するために、フィッシャーの直接確率検定を行った。その結果、多くのカテゴリーで性差は見られなかったが、「国制度への不信」($p=.02$ 、両側検定)、「プライベートをさらす」($p=.04$ 、両側検定)については男性のほうが、「介護者に上手く接せられない」($p=0.1$ 、両側検定)については女性のほうがより多く回答していた。不安や抵抗感の内容によっては、性差がみられることが明らかとなった。

不安・抵抗感の程度別の不安・抵抗感の特徴

不安・抵抗感の程度別の各カテゴリー記述数をTable 2に示した。各不安・抵抗感の程度によって感じる介護への不安・抵抗感の内容に違いがみられるかを検討するため、以下の手順で分析を行った。

最初に、不安・抵抗感の内容カテゴリーの有無を行とし、不安・抵抗感の程度を列として、不安・抵抗感の内容の記述の頻度に関するクロス集計表を算出した。ただし、不安・抵抗感の程度の

Table 2 不安・抵抗感の程度別の各カテゴリー記述数

カテゴリー名	少し不安・ 抵抗感がある (N=207)	まあまあ不安・ 抵抗感がある (N=101)	非常に強い不安・ 抵抗感がある (N=47)
介護者の資質	40 (14.6)	18 (12.3)	6 (8.5)
経済面	34 (12.4)	19 (13.0)	15 (21.1)
介護制度・内容がわからない	27 (9.9)	14 (9.6)	6 (8.5)
身体・認知機能の衰えや病気	19 (6.9)	11 (7.5)	5 (7.0)
わからない	22 (8.0)	11 (7.5)	3 (4.2)
家族への負担	16 (5.8)	4 (2.7)	9 (12.7)
介護者との対人関係	21 (7.7)	8 (5.5)	2 (2.8)
他人だから信頼できない	14 (5.1)	10 (6.8)	5 (7.0)
国・制度への不信	10 (3.6)	6 (4.1)	5 (7.0)
他人に迷惑をかけたくない	13 (4.7)	11 (7.5)	3 (4.2)
漠然とした不安	16 (5.8)	8 (5.5)	1 (1.4)
介護者に上手く接せられない	13 (4.7)	6 (4.1)	3 (4.2)
一人になる	9 (3.3)	6 (4.1)	5 (7.0)
素直に受け入れられるか	10 (3.6)	4 (2.7)	0 (0.0)
屈辱感・尊厳保持	3 (1.1)	4 (2.7)	3 (4.2)
プライベートをさらす	7 (2.6)	6 (4.1)	0 (0.0)
合計	274	146	71

注：（ ）内は%を示す。

『全く感じない』は分析から除いた。さらに、「その他」および記述数が10以下であった「住宅の設備」も分析から除いた。次に、クロス集計表に対して数量化Ⅲ類（双対尺度法）を用いて分析を行った。相関比はそれぞれ、第1軸が0.231、第2軸が0.122であった。Figure 1にそれぞれのスコアを平面上にプロットした。クロス集計表に基づきながら、各不安・抵抗感の程度において記述数の多かったカテゴリーを線で囲んだ。

Fig. 1を見ると、『少し不安・抵抗感がある』人は「介護者の資質」「介護制度・内容が分からない」「わからない」「介護者との対人関係」「漠然とした不安」「介護者に上手く接せられない」「素直に受け入れられるか」、『まあまあ不安・抵抗感がある』人は「身体・認知機能の衰えや病気」「他人に迷惑をかけたくない」「プライベートをさらす」、『非常に強い不安・抵抗感がある』人は「経済面」「家族への負担」「他人だから信頼できない」「国・制度への不信」「一人になる」「屈辱感・尊厳保持」に関する不安・抵抗感をより感じていた。

世帯構成別の不安・抵抗感の特徴

世帯構成をより詳しく検討するために、『家族と同居』をさらに細分化し、『配偶者との二人暮らし』とそれ以外の『配偶者以外の家族と同居』（配偶者および他の家族と同居している場合も含む）に分け、『独居』も含めた3つのカテゴリーを作成した。世帯構成ごとの各カテゴリー記述数をTable 3に示した。各世帯構成によって感じる不安・抵抗感の内容に違いがみられるかを検討するため、以下の手順で分析を行った。

最初に、不安・抵抗感の内容カテゴリーの有無を行とし、世帯構成を列として、不安・抵抗感の記述の頻度に関するクロス集計表を算出した。ただし、先の分析と同様に「その他」および記述数が10以下であった「住宅の設備」は分析から除いた。次に、クロス集計表に対して数量化Ⅲ類（双対尺度法）を用いて分析を行った。相関比はそれぞれ、第1軸が0.187、第2軸が0.158であった。Figure 2にそれぞれのスコアを平面上にプロットした。クロス集計表に基づきながら、各世帯構成に

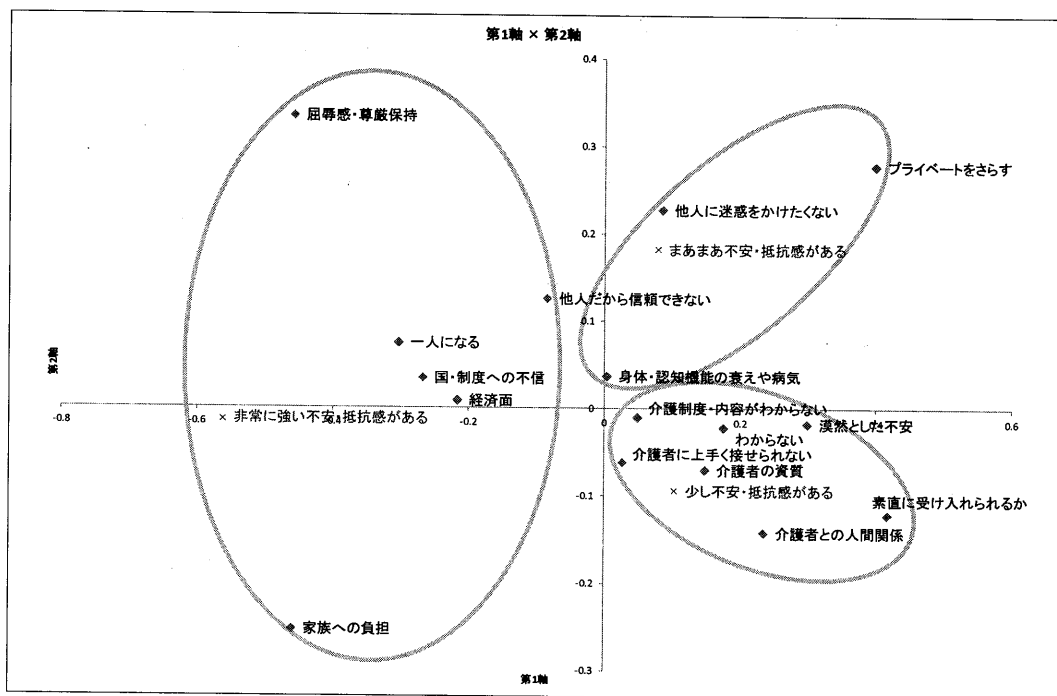


Figure 1 不安・抵抗感の程度と内容に対する双対尺度法の結果

注：図中の×は不安・抵抗感の程度、◆は内容をそれぞれ示す。

Table 3 世帯構成ごとの各カテゴリー記述数

カテゴリー名	配偶者との 二人暮らし (N=126)	配偶者以外の 家族と同居 (N=152)	独居 (N=52)
介護者の資質	28 (15.1)	20 (10.5)	12 (16.9)
経済面	28 (15.1)	26 (13.6)	8 (11.3)
介護制度・内容がわからない	20 (10.8)	19 (9.9)	3 (4.2)
身体・認知機能の衰えや病気	14 (7.5)	17 (8.9)	4 (5.6)
わからない	15 (8.1)	14 (7.3)	5 (7.0)
家族への負担	8 (4.3)	15 (7.9)	4 (5.6)
介護者との対人関係	14 (7.5)	12 (6.3)	4 (5.6)
他人だから信頼できない	7 (3.8)	12 (6.3)	4 (5.6)
国・制度への不信	7 (3.8)	7 (3.7)	4 (5.6)
他人に迷惑をかけたくない	9 (4.8)	9 (4.7)	6 (8.5)
漠然とした不安	8 (4.3)	13 (6.8)	1 (1.4)
介護者に上手く接せられない	5 (2.7)	13 (6.8)	5 (7.0)
一人になる	7 (3.8)	5 (2.6)	6 (8.5)
素直に受け入れられるか	5 (2.7)	5 (2.6)	2 (2.8)
屈辱感・尊厳保持	4 (2.2)	2 (1.0)	1 (1.4)
プライベートをさらす	7 (3.8)	2 (1.0)	2 (2.8)
合計	186	191	71

注：() 内は%を示す。

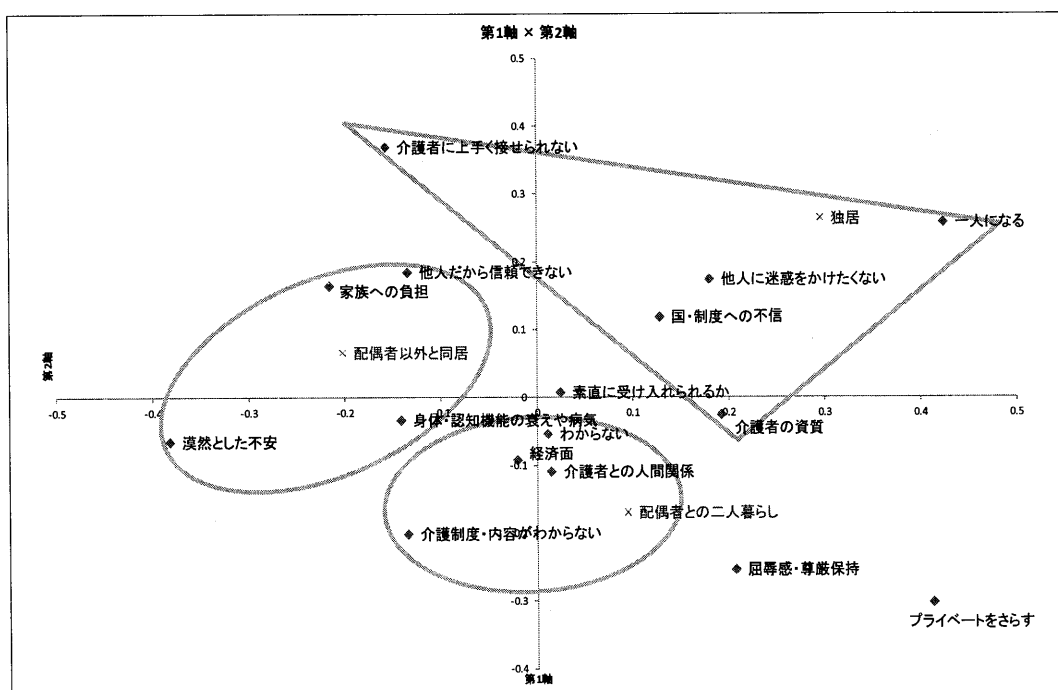


Figure 2 世帯構成と不安・抵抗感の内容に対する双対尺度法の結果

注：図中の×は世帯構成を◆は不安・抵抗感の内容をそれぞれ示す。

において記述数の多かったカテゴリーを線で囲んだ。

Fig. 2 をみると、『配偶者との二人暮らし』の人は「経済面」「介護制度・内容が分からない」「わからない」「介護者との対人関係」、『配偶者以外の家族と同居』の人は「身体・認知機能の衰えや病気」「家族への負担」「他人だから信頼できない」「漠然とした不安」、『独居』の人は「介護者の資質」「国・制度への不信」「他人に迷惑をかけたくない」「介護者に上手く接せられない」「一人になる」に関する不安・抵抗感を感じていた。

考察

不安・抵抗感の内容

本研究では、高齢者が将来利用する可能性のある在宅介護サービスについて、高齢者自身がどのような不安や抵抗感を抱いているのかを検討した。

もっとも記述数の多かったのは「介護者の資質」であった。介護者の技術や態度、信頼できる

人であるかといった不安であり、これまでの研究では介護サービス利用の意思決定に関連する要因としてはあまり抽出されていない要因である。その理由として、これまでの研究ではその多くが介護専門職から見た要因を検討しているためと考えられる。高齢者は、介護専門職に直接介護者の資質に関する否定的な想いや態度を示しにくいことが推測される。しかし、本研究では、調査者は高齢者とは直接関わりがなく、さらに無記名で回答を求めているため、高齢者自身の率直な思いが反映されたものと考えられる。この点は、介護者側には直接言い出しにくいために見過ごされやすいが、比較的多くの人が感じている重要な点であると言える。また、経済面に関する記述も多かった。経済的な負担については、先行研究（上野、2010、麻原ら、2003、栗本ら、2002）においても指摘されており、現実的に利用を検討する段階になる以前からも同様に存在する不安・抵抗要因で

あることが明らかとなった。さらに、上野 (2010) の結果と同様に、介護者との対人関係に関する要因も多く抽出された。介護者により良い関係を構築できるかが大きな懸念材料となっていることがうかがえた。なかでも、自分自身があまり人との付き合い方が上手ではないために、自身が適切に介護者と接することができないのではないかという回答もあり、特に女性で多かった。このような、高齢者自身の対人関係に対する自信のなさも、在宅介護サービスの利用を躊躇させることにつながる事が明らかとなった。したがって、高齢者の介護サービス利用に対する否定的な感情を和らげるためには、その高齢者の対人関係の持ち方を考慮に入れたアプローチが必要であると考えられた。一方で、“わからなさ”も不安や抵抗感を高める要因であることが明らかとなった。介護制度や内容がわからないことが、利用を躊躇する要因であることは先行研究でも既に指摘されているが (上野、2010、麻原ら、2003、山田ら、1997)、本研究では“特に何がわからないというわけでもないが漠然とした不安がある”という回答も多かった。介護サービスに関する情報収集に困難を感じていた人が利用経験者に相談し話を聞くことで、具体的な内容をイメージすることができ、ニーズに適合した情報を得やすくなり、情報収集の困難が解消され (李、2012)、十分な知識が介護サービスの利用に対する肯定的な態度を促進することが指摘されている (山田ら、1997)。したがって、現実的に利用を検討する以前から少しずつ介護サービスに関する情報や経験者の声を聞く機会を増やすことが必要であると考えられる。さらに、これによって介護に関する知識を得るだけでなく、実際に介護者がどのような人で、どのような技術を持って仕事をし、被介護者と接しているのかなど、介護者に対するイメージもより現実に即した具体的なものとなりやすいと考えられる。その他、抽出された要因は先行研究 (上野、2010、麻原ら、2003、栗本ら、2002) で指摘されている介護支援を利用する際に感じている躊躇要因と概ね一致していた。

不安・抵抗感の程度や世帯構成との関連

非常に強い不安・抵抗感を感じていると評定した人の多くが、経済面や家族に負担をかけることについての不安や抵抗感を記述していた。自分自身の経済的な状況はある程度具体的に知ることができるうえに、メディア等において高齢者負担率に関するニュース等が報道されており、比較的実感を伴って感じやすい要因であるためと考えられる。また、日本では介護者として家族を希望する人が多いことも指摘されており (内閣府、2013)、自身の希望と家族の負担とのジレンマが大きくなっていることも推測される。さらに、在宅介護サービスを利用するか否かは、被介護者である高齢者だけではなくその家族への影響も大きい。介護者が自宅で作業をする際には、家族もある程度介護スケジュールに合わせなければならない場合もあれば、家族が介護サービス料の自己負担分を担わなければならない場合もあるだろう。介護サービス利用の決定には、家族の意向が非常に大きな影響力を持つため (鈴木ら、2012、麻原・百瀬、2003)、家族への負担が介護サービス利用に対する強い不安や抵抗感となりやすいと考えられる。

高齢者の世帯構成との関連では、『配偶者以外の家族と同居』の場合、他の世帯構成に比べて「家族への負担」や「他人だから信頼できない」といった回答が多いのが特徴的であった。在宅介護サービスの利用は家族への影響も大きいため、家族の負担を記述する人が多かったと考えられる。さらに、家族と同居している場合は現実的に家族が介護者となることが可能な状況も多く、より家族に介護してほしいという希望を持ちやすいと考えられる。そのため、家族と比較して介護専門職の人を信用して介護を依頼することへの抵抗感が強くなりやすいのではないかと考えられた。また、『独居』の場合、介護サービスというより、生活全般として「一人になる」ことへの不安が強いのが特徴的である。独居であることは社会的な関係が希薄になりやすい状況であるという指摘 (河野ら、2009) とも一致する。さらに、「他人に迷惑をかけたくない」という記述も多かった。社

会的関係の希薄化は他者との対人的な距離を生じさせ、「他人に迷惑をかけたくない」という思いを強くし、それがさらなる対人関係の希薄化を生じさせる可能性も考えられる。独居高齢者の社会的ネットワークの維持に対する支援は重要であり、それが結果的には介護サービス利用への不安・抵抗感の低減にも寄与する可能性があると考えられる。最後に、『配偶者との二人暮らし』は、配偶者という同居家族がいるにもかかわらず「家族への負担」を記述する人は比較的少なく、配偶者と配偶者以外の家族とでは負担をかけることへの不安・抵抗感に違いがみられることが示唆された。また、「経済面」での不安・抵抗感を挙げる人が最も多かった。配偶者は自分と年齢が近い場合が多く、子供やその家族が同居している場合に比べて、夫婦のみでの経済力に対する不安が高まるためと考えられた。

本研究の限界と今後の展望

本研究では、在宅介護サービス利用に対する不安や抵抗感の具体的な内容を明らかにし、それらと世帯構成との関連を検討した。介護サービスの利用に世帯構成が影響を与えることは、本研究でも先行研究でも指摘されているが、それ以外にも影響を与える要因は存在すると考えられる。本調査対象者には、現在も仕事を継続している人も含まれており、高齢者自身の心身の状態や生活環境が多様である。今後は、世帯構成のみではなく、仕事の有無や経済状況など様々な関連要因も含めたさらなる検討が必要であると考えられる。また、本研究では、単純に世帯構成のみを要因としたが、同じ配偶者と同居、配偶者以外の家族との同居であってもその関係性や配偶者等の年齢や心身機能の状態によっても異なる影響を及ぼすことが推測される。そのため、家族との関係性等も含めた検討を行うことで、より詳細に高齢者の不安や抵抗感との関連を明らかにすることが可能であると考えられる。

引用文献

- 麻原きよみ・百瀬由美子 2003 介護保険サービス利用に関する高齢者の意思決定に関わる問題—訪問看護師の意識調査から— 日本地域看護学会誌, 5, 90-94.
- 河野あゆみ・津村智恵子・藤田俱子・薮内良造 2009 要支援高齢者における介護保険サービス利用者と未利用者の身体心理社会的特性の比較 老年社会科学, 30, 498-507.
- 栗本一美・金山時恵・矢庭さゆり 2002 公的介護保険制度の未利用者の状況—A群O町の調査から— 新見公立短期大学紀要, 23, 133-139.
- 内閣府 2013 平成25年度版高齢社会白書「平成24年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況」〈http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/25pdf_index.html〉(2013年12月6日)
- 杉澤秀博・深谷太郎・杉原陽子・石川久展・中谷陽明・金恵京 2002 介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因 日本公衆衛生雑誌, 49, 425-436.
- 鈴木浩子・山中克夫・藤田佳男・平野康之・飯島節 2012 介護サービスの導入を困難にする問題とその関係性の検討 公衆衛生誌, 59, 139-150.
- 山田ゆかり・石橋智昭・西村昌記・堀田陽一・若林健市・古谷野亘 1997 高齢者在宅ケアサービスの利用に対する態度に関連する要因 老年社会科学, 19, 22-28.
- 李恩心 2012 利用者からみた介護サービスへのアクセス時の困難 社会福祉学, 53, 18-30.
- 上野佳代 2010 要介護者とその家族におけるデイサービス利用に対する躊躇する要因 医学と生物学, 154, 396-401.

付記

本研究は文部科学省科学研究費（課題番号20730442）の助成を受けました。

平成25年度（H25.1.1-H25.21.31）研究業績

五福キャンパス

センター長・教授	斎藤 清二	Seiji Saito
准 教 授	西村優紀美	Yukimi Nishimura
講 師	竹澤みどり	Midori Takezawa
看 護 師	角間 純子	Junko Kakuma
看 護 師	山田 真帆	Maho Yamada
看護師（非常勤）	廣上真里子	Mariko Hirokami
カウンセラー（非常勤）	細川 祝	Iwai Hosokawa

斎 藤 清 二

【著書】

- 1) 斎藤清二：事例研究というパラダイム—臨床心理学と医学を結ぶ—。岩崎学術出版社，東京，p1-267. (2013.8)

【論文】

- 1) 斎藤清二：医療におけるナラティブ・アプローチと物語能力。総合リハビリテーション 41（1）：35-40，2013.（1月）
- 2) 桶谷文哲，斎藤清二：発達障害のある大学生との個別面談—対話分析による検討—。学園の臨床研究 12：67-76，2013.（3月）
- 3) 八島不二彦，今井優子，斎藤清二，宮脇利男，西川友之，立波勝，松井祥子，瀬尾友徳，竹澤みどり，酒井渉，彦坂伸一，野原美幸，二上千恵子，原澤さゆみ：富山大学における自殺防止対策システムの構築と活動実績。学園の臨床研究 12：13-18，2013.（3月）
- 4) 吉永崇史，桶谷文哲，西村優紀美，水野薫，日下部貴史，斎藤清二：筋ジストロフィーのある大学生への修学支援。合理的配慮提供のプロセスの観点から—。学園の臨床研究 12：5-12，2013.（3月）

【その他の出版物・電子教材等】

- 1) 斎藤清二，吉永崇史：ロンドン・プロジェクト—医療と心理支援の多文化ナラティブ方法の探求—。やまだようこ編，多文化横断ナラティブ—臨床支援と多声教育。70-95. 2013.（3月）（平成20-23年度文部科学省科学研究費基盤研究（A）報告書）

【学会，研究会等における学術講演】

- 1) 斎藤清二：心理臨床事例研究理論の再構築。日本心理臨床学会第32回秋季大会，理論研究シンポジウム（SC1-01-02）2013.08.26，横浜市。
- 2) 斎藤清二：カウンセリングにおける「エビデンスに基づく実践」—医学と心理学における歴史から—日本カウンセリング学会第46回大会，シンポジウム「エビデンス・ベースト・カウンセリングの新たな発展性」2013.08.31，鳩山市。
- 3) 斎藤清二：指定討論，自主シンポジウム「社会参入に向けた発達障害大学生支援～異文化交流から生まれる『私達の物語』と自己理解～」，日本LD学会第22回大会，2013.10.14，

横浜市。

- 4) 斎藤清二：大学における障害学生支援体制について～富山大学の発達障害学生支援の経験から～。第51回全国大学保健管理研究集会：特別セッション3「大学における障害学生支援について」，2013.11.14，岐阜市。

【その他の講演等】

- 1) 斎藤清二：指定討論。多職種連携セミナー「ナラティブー過去・現在そして未来」2013.03.03，砺波市。
- 2) 斎藤清二：富山大学における総合的學生支援—特にコミュニケーション支援と自殺防止活動について—金沢大学理工学域第5回FDシンポジウム，2013.03.14，金沢市。
- 3) 斎藤清二：緩和医療におけるナラティブとエビデンス。富山大学附属病院集学的がん診療センター緩和ケア部門講演会，2013.3.15，富山市。
- 4) 斎藤清二：富山大学における発達障害大学生への支援—特にグレーゾーン学生への対応を中心に—。北陸学院大学第3回自閉症スペクトラム研究会，2013.04.17，金沢市。
- 5) 斎藤清二：ナラティブ・アプローチと緩和医療。第11回静岡サイコオンコロジー研究会—がん患者の心のケアを考える会—，2013.05.25，浜松市。
- 6) 斎藤清二：信頼関係を育む医療コミュニケーション—ナラティブ・アプローチの観点から—。2013.6.13，大阪市。
- 7) 斎藤清二：医療におけるナラティブ・アプローチ。第17回左京医師会地域連携懇談会講演，2013.08.03，京都市。
- 8) 斎藤清二：ナラティブ・アプローチの実践について（1），富山産業保健推進センター産業保健セミナー，2013.08.09，富山市。
- 9) 斎藤清二：物語が持つ力と物語能力への支援。富山福祉短期大学第1回共創福祉研究会，2013.08.20，射水市。
- 10) 斎藤清二：ナラティブ・アプローチによる発達障害大学生支援。石川県看護教育現任教育研修会，2013.8.23，金沢市。
- 11) 斎藤清二：ナラティブ・アプローチの実践について（2），富山産業保健推進センター産業保健セミナー，2013.09.06，富山市。
- 12) 斎藤清二：看護におけるエビデンスとナラティブを巡って。2013年度全国看護セミナー，2013.09.21，青森市。
- 13) 斎藤清二：患者中心の医療のための車の両輪NBMとEBM。第25回東海大学医学部卒前医学教育ワークショップ，2013.9.26，御殿場市。
- 14) 斎藤清二：発達障害のある学生の学生相談と学生生活支援について。平成25年度障害学生支援セミナー【2】，2013.10.31，江別市。
- 15) 斎藤清二：医療におけるナラティブとエビデンス。市立敦賀病院医師研修会，2013.11.12，敦賀市。
- 16) 斎藤清二：医療におけるナラティブ・アプローチ～語る／聴く・書く／読む～。第6回地域医療をチームで担う人材育成研修，滋賀県立成人病センター，2013.11.16，守山市。
- 17) 斎藤清二：看護におけるエビデンスとナラティブを巡って。2013年度全国看護セミナー，2013.11.23，鹿児島市。
- 18) 斎藤清二：発達障害学生への合理的配慮をどう提供するか～富山大学の支援経験から～平成25年度 障害学生支援セミナー【6】。2013.12.02，富山市。
- 19) 斎藤清二：医療におけるナラティブ・アプローチ—慢性疼痛患者の語りを中心に—。第6回セファロ・ニューロ・サイコリウマトロジー研究会，2013.12.21，大阪市。

西村 優紀美

【著書】

- 1) 西村優紀美（2013）高校卒業後の進路について—Q55～57. 柘植雅義, 石隈利紀編著, 高等学校の特別支援教育. 金子書房, 111-116.
- 2) 西村優紀美・齋藤清二（2013）コアから思考する—大学学生相談. 村瀬嘉代子・森岡正芳, 臨床心理学増刊第5号—実践領域に学ぶ臨床心理ケーススタディ. 金剛出版, 122-128.

【学会、研究会等における学術講演】

- 1) 西村優紀美：発達障害のある学生に対する支援について. 東海学園大学. 2013.3.7. 愛知.
- 2) 西村優紀美：発達障害大学生に対する支援と事例検討. 佛教大学. 2013.3.10. 京都.
- 3) 西村優紀美：発達障害のある学生への支援について—事例検討を中心に. 明治学院大学. 2013.3.16. 東京.
- 4) 西村優紀美, 桶谷文哲, 水野薫, 日下部貴史：発達障がいのある大学生に対する就労移行支援～継ぎ目のない支援を目指して～. 日本学生相談学会第31回大会研究発表. 2013.5.19. 沖縄.
- 5) 西村優紀美：発達障害大学生の修学支援. 看護系大学サポートスペクトラム研究会. 2013.7.14. 沖縄.
- 6) 西村優紀美：発達障害のある訓練生に対する対応について. 富山職業訓練センター北陸ブロック職員研修会. 2013.7.29. 富山.
- 7) 西村優紀美：学校カウンセリング講座「不適応行動の捉え方」. 富山県総合教育センター. 2013.8.6. 富山.
- 8) 西村優紀美：発達障がい児童を含む学級づくり. 能美市立寺井小学校研修会. 2013.8.6. 石川.
- 9) 西村優紀美：発達障がいを持つ学生への支援について. 平成25年度日本大学学生生活委員夏期研修会. 2013.8.7. 長野.
- 10) 西村優紀美：すべての子どもが輝く学校づくり～特別な教育的ニーズに対応できる組織の在り方. 平成25年度珠洲市校長・教頭合同研修会, 教務主任研究主任研修会. 2013.8.8. 石川.
- 11) 西村優紀美：大学における発達障がい学生の支援体制づくり. 日本自閉症スペクトラム学会第12回研究大会自主シンポジウム指定討論. 2013.8.18. 神奈川.
- 12) 西村優紀美：発達障害大学生に対する修学支援—合理的配慮の探求—. 平成25年度鹿児島大学FD・SD合同研修会. 2013.10.5. 鹿児島.
- 13) 西村優紀美, 村田淳, ソルト, 横山弘和：社会参入に向けた発達障害大学生支援. 一般社団法人日本LD学会第22回大会自主シンポジウム企画・発表. 2013.10.14. 神奈川.
- 14) 西村優紀美：発達障害のある生徒への対応. 宮城県特別支援教育総合センター主催発達障害教育研修会. 2013.10.1. 宮城.
- 15) 西村優紀美：発達障がい学生への支援と課題. 近畿大学第2回障がい学支援講演会. 2013.10.30. 大阪.

竹澤 みどり

【論文】

- 1) 寺島 瞳・宇井美代子・宮前淳子・竹澤みどり・松井めぐみ 2013 大学生におけるデートDVの実態の把握—被害者の対処および別れない理由の検討—筑波大学心理学研究, 45, 113-120.
- 2) 宇井美代子・宮前淳子・寺島 瞳・松井めぐみ・竹澤みどり 2013 マンガ雑誌におけるデートDV描写 玉川大学人文学科研究センター年報「Humanitas」, 4, 89-105.

【学会発表】

- 1) 竹澤みどり 2013 高齢者における介護に対する不安・抵抗感の様相 (1), ヒューマン・ケア心理学会第14回大会, 79.
- 2) 竹澤みどり 2013 情報通信技術を用いた交際

相手からの暴力：経験頻度と被害者の行動への影響, 日本心理学会第77回大会, 3 AM-045.

- 3) 松井めぐみ・宮前淳子・宇井美代子・竹澤みどり・寺島瞳 2013 デートDVの実態の検討 (8) 交際人数, 居住形態と被害行為との関連 日本心理学会第77回大会, 1AM-048.

【講演その他】

- 1) 竹澤みどり 知っていますか？デートDV 富山大学保健管理センター杉谷支所 予防啓発セミナー 2013.5.7.
- 2) 竹澤みどり デートDVを知っていますか？ 富山大学理学部新入生対象セミナー 2013.6.26.

杉谷キャンパス

教 授 (併)	北 島 勲	Isao Kitajima
准 教 授	松 井 祥子	Shoko Matsui
臨 床 心 理 士	酒 井 渉	Wataru Sakai
臨床心理士 (非常勤)	佐 野 隆子	Takako Sano
技 術 職 員	高 倉 一恵	Kazue Takakura
看護師 (非常勤・前)	島 木 貴久子	Kikuko Shimaki
看護師 (非常勤)	野 口 寿美	Hitomi Noguchi

【著書】

- 1) 松井祥子: IgG4関連肺疾患. 「呼吸器疾患-state of arts ver.6」. 北村 諭・巽浩一郎・石井芳樹編集, 301-303, 医歯薬出版, 東京, 2013.

【原著】

- 1) Matsui S, Hebisawa A, Sakai F, Yamamoto H, Terasaki Y, Kurihara Y, Waseda Y, Kawamura T, Miyashita T, Inoue H, Hata N, Masubuchi H, Sugino K, Kishi J, Kobayashi H, Usui Y, Komazaki Y, Kawabata Y, Ogura T. Immunoglobulin G 4-related lung disease: clinicoradiological and pathological features. *Respirology*. 2013 Apr; 18 (3) : 480-7.
- 2) Ichikawa T, Hayashi R, Suzuki K, Imanishi S, Kambara K, Okazawa S, Inomata M, Yamada T, Yamazaki Y, Koshimizu Y, Miwa T, Matsui S, Usui I, Urakaze M, Matsuya Y, Sasahara M, Tobe K. Sirtuin 1 activator SRT1720 suppresses inflammation in an ovalbumin-induced mouse model of asthma. *Respirology*. 2013 Feb; 18 (2) : 332-339.
- 3) 松井祥子, 高倉一恵, 島木貴久子, 野口寿美, 佐野隆子, 酒井 渉, 北島 勲. 麻疹アウトブレイク: その後. 学園の臨床研究. 2013 ; 12 : 1-5.
- 4) 酒井 渉, 松井祥子, 富山大学医薬系学務グループ, 高倉一恵, 立瀬剛志, 吉永崇史, 水

野 薫, 原澤さゆみ, 瀬尾伴徳, 日下部貴史, 島木貴久子, 佐野隆子, 四間丁千枝, 島田尚佳, 宮村健壮, 舟田 久, 廣川慎一郎, 宮脇利男, 北島 勲. 医薬系キャンパスにおける学生支援の現状と課題—安全配慮義務との関連から—. 学園の臨床研究. 2013 ; 12 : 77-82.

- 5) 酒井 渉, 水野 薫, 原澤さゆみ, 立瀬剛志, 吉永崇史, 富山大学医薬系学務グループ, 松井祥子, 高倉一恵, 四間丁千枝, 島木貴久子, 島田尚佳, 佐野隆子, 北島 勲. 修学サポートグループの有用性についての検討—学生支援モデルとの関連から—. *Campus Health* 2013 ; 50 : 74-78.

【症例報告】

- 1) Murakami J, Matsui S, Ishizawa S, Arita K, Wada A, Miyazono T, Hounoki H, Shinoda K, Taki H, Sugiyama T. Recurrence of IgG 4-related disease following treatment with rituximab. *Mod Rheumatol*. 2013 Nov; 3 (6) : 1226-1230.
- 2) 平井忠和, 村上 純, 大原一将, 松井祥子, 城宝秀司, 峯村正実. 労作時息切れと下腿浮腫を主訴とした原発性マクログロブリン血症の1例. 日内会誌. 2013 ; 102 : 3253-3260.

【総説】

- 1) 松井祥子. IgG4 関連肺疾患. 日本胸部臨床. 2013 ; 72 : S263-268.

- 2) 松井祥子. IgG4関連肺疾患. アレルギーの臨床. 2013; 33 (5): 43-47.
- 3) 松井祥子. IgG4関連肺疾患の診断と治療. 呼吸器内科. 2013; 24 (3): 278-283.
- 4) 松井祥子. IgG4関連肺疾患. リウマチ科. 2013; 50 (6): 697-700.
- 5) 酒井 渉. 2012年度における学生相談界の動向. 学生相談研究. 2013; 34: 62-75.

【学会報告】

- 1) Matsui S, Hayashi R, Yamada T, Suzuki K, Tokui K, Inomata M, Imanishi S, Taka C, Tsuda T, Kanbara K, Okazawa S, Ichikawa T, Miwa T, Tobe K. Comparison of clinical features in igG4-related disease and sarcoidosis. ATS 2013 International Conference, 2013 May 17-22; Philadelphia.
- 2) Terasaki Y, Ikushima S, Ichimura Y, Ujita M, Matsuzawa Y, Arita M, Tomii K, Komase Y, Ohwan I, Murakami M, Nishimoto N, Matsui S, Ogura T. Comparison of pathological features of the lung lesions of systemic IgG4-related disease and multicentric Castleman's disease. ATS 2013 International Conference, 2013 May 17-22; Philadelphia.
- 3) Ikushima S, Terasaki Y, Hebisawa A, Johko T, Sakai F, Nishimoto N, Ogura T, Ohta Y, Ishii H, Matsui S, Yamamoto H, Ichimura Y, Ujita M, Kawamura T, Bando M, Ishimoto H, Izumi S, Hata N, Tomii K, Owan I, Kimura H, Komase Y, Matsuzawa Y, Arita M, Shiraki A. Analysis of multicentric Castleman's disease with pulmonary lesions. ERS annual congress 2013, 2013 Sept7-11; Barcelona.
- 4) Matsui S. Intrathoracic involvement in IgG4-related disease. 12th International symposium on Sjögren's syndrome, 2013 Oct9-12; Kyoto.
- 5) 猪又峰彦, 津田岳志, 徳井宏太郎, 高 千紘, 岡澤成祐, 神原健太, 鈴木健介, 山田 徹, 三輪敏郎, 林 龍二, 戸邊一之, 松井祥子, 菓子井達彦. 当院における既治療非小細胞肺癌に対するS-1単剤治療の有効性と忍容性の検討. 第67回日本肺癌学会北陸支部会; 2013 Feb 9; 金沢.
- 6) 津田岳志, 徳井宏太郎, 高 千紘, 岡澤成祐, 神原健太, 猪又峰彦, 鈴木健介, 山田 徹, 三輪敏郎, 林 龍二, 戸邊一之, 松井祥子, 菓子井達彦, 野本一博. 当院における invasive mucinous adenocarcinomaの検討. 第67回日本肺癌学会北陸支部会; 2013 Feb 9; 金沢.
- 7) 徳井宏太郎, 津田岳志, 高 千紘, 岡澤成祐, 神原健太, 猪又峰彦, 鈴木健介, 山田 徹, 三輪敏郎, 林 龍二, 戸邊一之, 松井祥子, 菓子井達彦. 当院における悪性胸膜中皮腫 二次治療の検討. 第67回日本肺癌学会北陸支部会; 2013 Feb 9; 金沢.
- 8) 鈴木健介, 津田岳志, 高 千紘, 徳井宏太郎, 岡澤成祐, 神原健太, 猪又峰彦, 山田 徹, 三輪敏郎, 林 龍二, 戸邊一之, 菓子井達彦, 松井祥子. 高齢者進行非小細胞肺癌に対する 2次治療施行率の検討. 第67回日本肺癌学会北陸支部会; 2013 Feb 9; 金沢.
- 9) 徳井宏太郎, 津田岳志, 猪又峰彦, 鈴木健介, 山田 徹, 三輪敏郎, 林 龍二, 戸邊一之, 松井祥子, 藤田健太郎. 胸腺腫摘出術後に Good症候群を呈した1例. 第219回日本内科学会北陸地方会; 2013 Mar 10; 金沢.
- 10) 岩男 悠, 正木康史, 中島章夫, 佐伯敬子, 松井祥子, 岡崎和一, 川野充弘, 平田信太郎, 藤川敬太, 折口智樹, 宮下賜一郎, 坪井洋人, 梅原久範. IgG4関連疾患「IgG4+ MOLPS (IgG4関連多臓器リンパ増殖症候群), Castleman病, その他の多クローン性高γグロブリン血症の鑑別診断のための多施設共同前方視的臨床研究」の中間報告. 第57回日本リウマチ学会総会・学術集会; 2013 Apr 18-20; 京都.

- 11) 松井祥子. IgG4関連疾患と包括診断基準. 第57回日本リウマチ学会総会・学術集会; 2013 Apr 18-20; 京都.
- 12) 林 龍二, 津田岳志, 徳井宏太郎, 高 千紘, 岡澤成祐, 神原健太, 猪又峰彦, 鈴木健介, 山田 徹, 三輪敏郎, 松井祥子, 戸邊一之. 喫煙関連間質性肺炎の検討 IPFとCPFEの相違に関して. 第53回日本呼吸器学会学術講演会; 2013 Apr 19-21; 東京.
- 13) 津田岳志, 林 龍二, 徳井宏太郎, 高 千紘, 岡澤成祐, 神原健太, 猪又峰彦, 鈴木健介, 山田 徹, 三輪敏郎, 松井祥子, 戸邊一之. 間質性肺炎におけるトリ関連抗体の意義. 第53回日本呼吸器学会学術講演会; 2013 Apr 19-21; 東京.
- 14) 猪又峰彦, 津田岳志, 徳井宏太郎, 高 千紘, 岡澤成祐, 神原健太, 鈴木健介, 山田 徹, 三輪敏郎, 松井祥子, 林 龍二, 戸邊一之. 日本人COPD症例におけるGOLDに基づいた過去の急性増悪回数による分類と予後との関係. 第53回日本呼吸器学会学術講演会; 2013 Apr 19-21; 東京.
- 15) 酒井 渉・水野 薫・四間丁千枝・松井祥子 学生相談窓口利用と精神的健康度との関連について一項目反応理論を用いて・学生支援モデルとの関連から一. 日本学生相談学会第31回大会; 2013 May 19; 沖縄.
- 16) 岩男 悠, 正木康史, 中島章夫, 佐伯敬子, 松井祥子, 岡崎和一, 川野充弘, 平田信太郎, 藤川敬太, 折口智樹, 宮下賜一郎, 坪井洋人, 梅原久範. 厚労省(旧)梅原班におけるIgG4関連疾患前方視的他施設共同研究の中間解析結果. 第53回日本リンパ網内系学会総会; 2013 May16-8; 京都.
- 17) 猪又峰彦, 岡澤成祐, 津田岳志, 徳井宏太郎, 高 千紘, 神原健太, 鈴木健介, 山田 徹, 三輪敏郎, 林 龍二, 戸邊一之, 菓子井達彦, 松井祥子. 非小細胞肺癌における肝転移巣に対する薬物治療の腫瘍縮小効果の検討. 第70回呼吸器合同北陸地方会; 2013 Jun 1-2; 新潟.
- 18) 武藤須美玲, 猪又峰彦, 徳井宏太郎, 高 千紘, 岡澤成祐, 神原健太, 朴木博幸, 鈴木健介, 山田 徹, 篠田晃一郎, 三輪敏郎, 林 龍二, 多喜博文, 戸邊一之, 松井祥子. RS 3 PE症候群を契機に発見された肺扁平上皮癌の一例. 第70回呼吸器合同北陸地方会; 2013 Jun 1-2; 新潟.
- 19) 岡澤成祐, 津田岳志, 徳井宏太郎, 高 千紘, 神原健太, 猪又峰彦, 鈴木健介, 山田 徹, 三輪敏郎, 林 龍二, 戸邊一之, 山本善裕, 松井祥子, 市川智巳, 正木康晶, 下川一生, 今西信悟. 実践型セミナー「富山呼吸器講習会2013」の開催報告. 第70回呼吸器合同北陸地方会; 2013 Jun 1-2; 新潟.
- 20) 徳井宏太郎, 神原健太, 津田岳志, 下川一生, 正木康晶, 高 千紘, 岡澤成祐, 猪又峰彦, 今西信吾, 市川智巳, 鈴木健介, 山田 徹, 三輪敏郎, 林 龍二, 松井祥子, 戸邊一之, 菓子井達彦. 末梢肺野悪性腫瘍の術前画像所見とVBN併用EBUS-GSの診断率との関係. 第36回日本呼吸器内視鏡学会学術講習会; 2013 Jun 20-21; 埼玉.
- 21) 青山美穂, 鈴木健介, 猪又峰彦, 徳井宏太郎, 岡澤成祐, 山田 徹, 三輪敏郎, 松井祥子, 土岐善紀, 仙田一貴, 峠 正義, 菓子井達彦, 野本博一, 井村譲二, 林 龍二, 戸邊一之. 前縦隔腫瘍との鑑別を要した甲状腺未分化癌の一症例. 第68回日本肺癌学会北陸支部会; 2013 Jul 6; 福井.
- 22) 小林詩織, 鈴木健介, 猪又峰彦, 徳井宏太郎, 岡澤成祐, 山田 徹, 三輪敏郎, 松井祥子, 土岐善紀, 仙田一貴, 峠 正義, 菓子井達彦, 野本博一, 井村譲二, 林 龍二, 戸邊一之. 自己免疫性溶血性貧血を合併した胸腺腫の一例. 第68回日本肺癌学会北陸支部会; 2013 Jul 6; 福井.
- 23) 大平徹郎, 早稲田優子, 各務 博, 岡澤成祐, 松井祥子, 岡崎彰仁, 藤本由貴, 森川美羽, 塩崎晃平. 北陸4県の呼吸器内科医師を対象

としたアンケート調査報告. 第71回呼吸器合同北陸地方会; 2013 Nov 9-10; 富山.

- 24) 木戸敏喜, 岡澤成祐, 松井祥子, 二日市有花, 徳井宏太郎, 小尾麻衣子, 神原健太, 猪又峰彦, 鈴木健介, 山田 徹, 三輪敏郎, 林 龍二, 戸邊一之. 繰り返す気管支肺胞洗浄が有効であった自己免疫性肺胞蛋白症の1例. 第71回呼吸器合同北陸地方会; 2013 Nov 9-10; 富山.
- 25) 二日市有花, 岡澤成祐, 林 龍二, 木戸敏喜, 徳井宏太郎, 小尾麻衣子, 神原健太, 猪又峰彦, 鈴木健介, 山田 徹, 三輪敏郎, 多喜博文, 菓子井達彦, 松井祥子, 戸邊一之. ドセタキセル投与後に致命的な咯血, 敗血症をきたした肺扁平上皮癌の1例. 第71回呼吸器合同北陸地方会; 2013 Nov 9-10; 富山.
- 26) 高倉一恵, 松井祥子, 野口寿美, 島木貴久子, 佐野隆子, 酒井 渉, 北島 勲. 医薬系キャンパスにおける風疹抗体価の動向. 第51回全国保健管理集会; 2013 Nov13-14; 岐阜.
- 27) 酒井 渉, 立瀬剛志, 廣川慎一郎, 今中常雄, 細谷健一, 北島勲. 学生相談実践に関する考察—障害学生支援および医療との棲み分け・連携について—. 第51回全国保健管理集会; 2013 Nov13-14; 岐阜.
- 28) 島田清太郎, 鈴木健介, 猪又峰彦, 徳井宏太郎, 岡澤成祐, 山田 徹, 三輪敏郎, 松井祥子, 林 龍二, 菓子井達彦, 戸邊一之. パゾパニブによる肺臓炎の1例. 第70 回呼吸器合同北陸地方会; 2013 Nov 9-10; 富山.
- 29) 鈴木健介, 猪又峰彦, 津田岳志, 徳井宏太郎, 高 千紘, 岡澤成祐, 神原健太, 山田 徹, 三輪敏郎, 林 龍二, 松井祥子, 菓子井達彦, 戸邊一之. 肺癌化学療法における副作用予測マーカーとしてのクレアチニン・シスタチンC比の有用性. 第54回日本肺癌学会総会; 2013 Nov 21-22; 東京.
- 30) 猪又峰彦, 徳井宏太郎, 岡澤成祐, 高 千紘, 神原健太, 鈴木健介, 山田 徹, 三輪敏郎, 林 龍二, 松井祥子, 戸邊一之, 菓子井達彦.

EGFR遺伝子野生型・不明の未治療高齢者非扁平上皮癌に対するペメトレキセド単剤療法の有効性と副作用の検討. 第54回日本肺癌学会総会; 2013 Nov 21-22; 東京.

- 31) 岡澤成祐, 猪又峰彦, 鈴木健介, 津田岳志, 徳井宏太郎, 高 千紘, 神原健太, 山田 徹, 三輪敏郎, 林 龍二, 戸邊一之, 松井祥子, 菓子井達彦. 当院におけるペメトレキセド関連薬剤性肺臓炎の検討. 第54回日本肺癌学会総会; 2013 Nov 21-22; 東京.

【その他】

- 1) 松井祥子, 高倉一恵, 島木貴久子, 佐野隆子, 酒井 渉, 北島 勲. ムンプス抗体価の動向. Campus Health 2013; 50: 338-340.
- 2) 酒井 渉, 水野 薫, 原澤さゆみ, 立瀬剛志, 永 崇史, 富山大学医薬系学務グループ, 松井祥子, 高倉一恵, 四間丁千枝, 島木貴久子, 島田尚佳, 佐野隆子, 北島 勲. 修学サポートグループの有用性についての検討—学生支援モデルとの関連から—. Campus Health 2013; 50: 390.
- 3) 斎藤清二, 八島不二彦, 今井優子, 宮脇利男, 西川友之, 立浪 勝, 松井祥子, 瀬尾友徳, 竹澤みどり, 酒井 渉, 彦坂伸一, 野原美幸, 二上智恵子, 原澤さゆみ. 富山大学における自殺防止対策システム 自殺関連行動への介入事例の質的分析. Campus Health 2013; 50: 510-512.
- 4) 八島不二彦, 今井優子, 斎藤清二, 宮脇利男, 西川友之, 立浪 勝, 松井祥子, 瀬尾友徳, 竹澤みどり, 酒井 渉, 彦坂伸一, 野原美幸, 二上智恵子, 原澤さゆみ. Campus Health 2013; 50: 507-509.
- 5) 久保恵嗣, 松井祥子. IgG4関連呼吸器疾患に関する調査研究. 厚生労働科学研究 難治性疾患克服研究事業「IgG4関連疾患に関する調査研究」第2回班会議; 2013 Feb 23; 京都.
- 6) 松井祥子. COPDの診断と治療. 富山県健康

増進事業研究会；2013 Mar 5；富山.

- 7) 松井祥子. IgG4関連疾患とその呼吸器病変における話題. 第16回膠原病肺疾患研究会；2013 Feb16；仙台.
- 8) 松井祥子. IgG4関連疾患包括診断基準の検証～臓器腫大の定義～臨床の立場から（内科）. 第7回IgG4研究会；2013 Mar 2；岡山.
- 9) 水島伊知郎, 山田和徳, 松永貴弘, 鈴木康倫, 河村里佳, 濱野良子, 藤井 博, 井上 大, 山本元久, 佐伯敬子, 乳原善文, 能登原憲司, 原田憲一, 松井祥子, 高橋裕樹, 正木康史, 中沼安二, 松村正巳, 川野充弘. IgG4関連動脈周囲炎の臨床的特徴とステロイド治療に伴う変化. 第7回IgG4研究会；2013 Mar 2；岡山.
- 10) 松井祥子. 職場の安全衛生について. 富山大学附属病院研修；2013 Apr 2；富山.
- 11) 鈴木健介, 津田岳志, 徳井宏太郎, 高 千紘, 岡澤成祐, 神原健太, 猪又峰彦, 山田 徹, 三輪敏郎, 林 龍二, 戸邊一之, 菓子井達彦, 松井祥子. EGFR遺伝子変異陰性非小細胞肺癌に対するErlotinibによる二次治療以降の検討. 第35回富山肺癌研究会；2013 Apr 3；富山.
- 12) 平井忠和, 村上 純, 大原一将, 松井祥子, 城宝秀司, 峯村正実. 労作時息切れと下腿浮腫を主訴とした70歳代女性. 第13回日本内科学会専門医部会北陸支部オープンカンファレンス；2013 Jun 9；富山.
- 13) 松井祥子. 生活のしかたと病気. 青少年健康づくり事業 舟橋小学校；2013 Sept 4；富山.
- 14) 松井祥子. 健康な肺をめざして～今できることは？～. 上市町健康教室；2013 May14；富山.
- 15) 松井祥子. タバコと健康. 青少年健康づくり事業 早月中学校；2013 Jul 5；富山.
- 16) 松井祥子. 薬物と喫煙～その怖い因果関係～. 芝園中学校；2013 Sept 18；富山.
- 17) 松井祥子. たばこ・お酒・薬物の害と健康への影響. 青少年健康づくり事業 日中上野小学校；2013 Nov 26；富山.
- 18) 松井祥子. IgG4関連疾患と包括診断基準. H25年度日臨技中部圏支部 生物科学分析検査研修会；2013 Oct 26；富山.
- 19) 松井祥子. 呼吸器領域におけるIgG4関連疾患. 第21回岡山臨床呼吸器研究会；2013 Jun 28；岡山.
- 20) 松井祥子. IgG4関連疾患の呼吸器病変について. 第25回山口県呼吸器セミナー；2013 Jun 20；山口.
- 21) 松井祥子. IgG4関連疾患への誘い. 第46回チェストカンファレンス；2013 Jul 20；新潟.
- 22) 佐野隆子. 臨床心理士の仕事. 金沢市立大徳中学校1年生；2013 Feb 7；金沢.
- 23) 佐野隆子. PCGIP事例検討法を体験しよう. 金沢市立西南部中学校校内研修会；2013 Aug 2；金沢.

高岡キャンパス

支所長（併任）	立浪 勝	Masaru Tachinami
内科医（准教授）	中川 圭子	Keiko Nakagawa
看護 師	宮田 留美	Rumi Miyata
臨床心理士（非常勤）	柴野 泰子	Yasuko Shibano
精神保健福祉士（非常勤）	橋本 順子	Junko Hashimoto
臨床心理士（非常勤）	大浦 暢子	Nobuko Oura

中 川 圭 子

【学会報告】

- 1) Nakagawa K, Hirai T, Ohara K, Fukuda N, Numa S, Takashima S, Nozawa T, Kortaro T, Inoue H. : Body Mass Index and Long-term Outcomes Including Bleeding Events in Patients with Nonvalvular Atrial

Fibrillation. JCS2013—第77回日本循環器学会学術集会, 2013, 3, 15-17, 横浜.

【その他】

- 1) 中川圭子：自分で守る自分の健康. 安全衛生講習会, 2013, 2, 13, 富山.

